Tânia Marisa Pinto Rodrigues

Mulheres com cancro da mama:



Da problemática à qualidade de vida além do cancro e o papel crucial da enfermagem de reabilitação

Atena Editora
Ano 2025

Tânia Marisa Pinto Rodrigues

Mulheres com cancro da mama:



Da problemática à qualidade de vida além do cancro e o papel crucial da enfermagem de reabilitação

Atena Editora
Ano 2025

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Luiza Alves Batista
Nataly Evilin Gayde
Thamires Camili Gayde
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Mulheres com cancro da mama: da problemática à qualidade de vida além do cancro e o papel crucial da enfermagem de reabilitação

Autora: Tânia Marisa Pinto Rodrigues
Revisão: A autora
Diagramação: Nataly Evilin Gayde
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R696 Rodrigues, Tânia Marisa Pinto
Mulheres com cancro da mama: da problemática à qualidade de vida além do cancro e o papel crucial da enfermagem de reabilitação / Tânia Marisa Pinto Rodrigues. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2025.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-3182-4
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.824251303

1. Doenças das mamas. I. Rodrigues, Tânia Marisa Pinto. II. Título.

CDD 618.19

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DO AUTOR

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação da obra publicada, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. A editora pode disponibilizar a obra em seu site ou aplicativo, e o autor também pode fazê-lo por seus próprios meios. Este direito se aplica apenas nos casos em que a obra não estiver sendo comercializada por meio de livrarias, distribuidores ou plataformas parceiras. Quando a obra for comercializada, o repasse dos direitos autorais ao autor será de 30% do valor da capa de cada exemplar vendido; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), a editora não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como quaisquer outros dados dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

RESUMO

No vasto panorama das doenças crónicas, o cancro da mama destaca-se não apenas pela sua prevalência, mas pelo profundo impacto que exerce sobre a vida das mulheres afetadas. Este livro, "Mulher com Cancro da Mama: Da Problemática à Qualidade de Vida Além do Cancro e o Papel Crucial da Enfermagem de Reabilitação", oferece uma visão abrangente e empática sobre os múltiplos desafios que estas mulheres enfrentam e as estratégias que podem transformar as suas vidas.

Inicia explorando a problemática das doenças crónicas, com um foco especial no cancro da mama. Destaca os dados epidemiológicos que sublinham a urgência deste problema e analisa as estratégias de tratamento disponíveis, desde as intervenções cirúrgicas até às terapias adjuvantes. No entanto, as complicações vão além dos procedimentos médicos, afetando as mulheres nos níveis físico, psicossocial e familiar, alterações na imagem corporal e na sexualidade, bem como mudanças nas dinâmicas familiares e nas atividades diárias, compõem um quadro desafiador que exige uma abordagem holística e integrada.

A segunda parte centra-se na qualidade de vida das mulheres com cancro da mama. Aqui, considera os instrumentos de avaliação que permitem medir e entender melhor as nuances da experiência das pacientes. Em particular, destaca a intervenção do enfermeiro de reabilitação, cujo papel é crucial para apoiar a recuperação e a adaptação das mulheres. Através de práticas baseadas em evidências, estes profissionais ajudam a minimizar as sequelas físicas e emocionais do tratamento, promovendo a autonomia e melhorando a qualidade de vida.

Este livro é um convite à reflexão e à ação. Esperamos que inspire profissionais de saúde, pacientes e os seus familiares a abraçarem a complexidade do tratamento do cancro da mama com coragem e compaixão, reconhecendo a importância de cada etapa do processo de reabilitação. A jornada para além do cancro é desafiadora, mas com o suporte adequado, pode ser transformadora.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, em Portugal, o cancro é a doença crónica não transmissível (DCNT) que mais cresceu, tornando-se a segunda principal causa de morte (Coelho et al., 2019). O cancro da mama, em particular, tem apresentado um aumento, sendo o tipo de cancro mais prevalente e a principal causa de morte entre mulheres em todos os países europeus (Ferlay et al., 2019). Em 2020, este tipo de cancro foi responsável por 141.765 mortes femininas (The Global Cancer Observer, 2020).

Na última década, embora a incidência deste cancro tenha aumentado, a mortalidade tem diminuído e estabilizado em muitos países, graças ao diagnóstico precoce e tratamentos eficazes (Coelho et al., 2019). Com o aumento dos sucessos terapêuticos, cresce também o número de sobreviventes ao cancro da mama, pois embora os tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, imunoterapia) tenham evoluído, eles continuam a provocar efeitos colaterais físicos, psicológicos e sociais.

A cirurgia da mama continua a ser o tratamento de eleição, seja para a remoção do tumor, investigação dos gânglios linfáticos axilares (biópsia do linfonodo sentinela (BLS) ou Esvaziamento Ganglionar Axilar (EGA), reconstrução mamária após remoção do tumor, ou para alívio de sintomas de cancro avançado (American Cancer Society, 2019). Apesar dos avanços nas técnicas cirúrgicas, as mulheres ainda enfrentam complicações como mobilidade reduzida do membro superior, dor, linfedema, fadiga, depressão e diminuição da qualidade de vida (QdV) (Möller et al., 2019).

A cirurgia da mama, quando associada ao EGA, aumenta o risco de alterações no braço e ombro, redução da amplitude de movimento e força muscular, dor, linfedema, e dificuldade em realizar atividades diárias (AVD's). Essas limitações afetam a participação profissional e social das mulheres, impactando a sua QdV nas dimensões funcionais (física, desempenho, emocional, cognitiva e social) e nos sintomas (fadiga, náuseas e vômitos, dor, diarreia, dispneia e dificuldades financeiras) (Tarkowska et al., 2021).

Atualmente, ser uma sobrevivente de cancro da mama não é suficiente, as mulheres necessitam de uma QdV que favoreça o seu bem-estar físico e psicossocial para retornar ao seu padrão de vida normal (K. Cheng et al., 2017). Portanto, é essencial uma abordagem holística dos profissionais de saúde durante todo o processo, desde o diagnóstico até a reabilitação, capacitando as mulheres para viverem bem a sua saúde e bem-estar.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) desempenha um papel crucial na avaliação dos tratamentos e seu impacto na QdV dessas mulheres, possuindo conhecimento e técnicas específicas para atuar desde a prevenção de complicações até ao tratamento e reabilitação (Ordem dos Enfermeiros, 2010), facilitando a adaptação das sobreviventes de cancro da mama.

Os progressos na prevenção, tratamento e recuperação do cancro da mama têm aumentado o número de sobreviventes, gerando novos desafios tanto para profissionais de

saúde quanto para as mulheres, especialmente no que diz respeito à reabilitação e QdV. Como analisarei, evidências científicas apontam para uma situação preocupante, em que o número de sobreviventes cresce, mas elas enfrentam várias sequelas físicas, psicológicas e sociais.

Este livro resulta da análise desta problemática ao longo da prática profissional, focando a reabilitação das mulheres que passaram por cirurgia da mama com EGA. Os temas abordados são considerados relevantes para o contexto prático da enfermagem e da enfermagem de reabilitação, visando a melhoria da qualidade dos cuidados.

O documento está organizado em quatro capítulos. O primeiro aborda a problemática das doenças crónicas e do cancro da mama, incluindo dados epidemiológicos e as alterações decorrentes do tratamento. O segundo capítulo explora a QdV das mulheres com cancro da mama e a intervenção do EEER. No terceiro capítulo, é apresentada a conclusão final. Por último, é apresentada a lista de bibliografia utilizada.

O CANCRO DA MAMA NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÓNICAS: ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO E O SEU IMPACTO

1.1. PROBLEMÁTICA DAS DOENÇAS CRÓNICAS

As doenças crónicas, também conhecidas como DCNT, são de longa duração e resultam de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (World Health Organization, 2018a). Podem afetar qualquer pessoa, independentemente da idade ou género, e, como o nome indica, não são transmissíveis de pessoa para pessoa. Embora o início prematuro e as mortes causadas por estas doenças sejam evitáveis (WHO, 2020a), as DCNT continuam a impactar a segurança pessoal, afetando prolongadamente a saúde e a perceção de bem-estar.

Evidências indicam que a natureza crónica destas doenças contribui para a pobreza pessoal e afeta a produtividade, além de gerar custos diretos e indiretos, ameaçar a segurança pessoal com mortes prematuras associadas a essas doenças (Saha & Alleyne, 2018). Apesar de serem evitáveis, o número de mortes devido às DCNT está em ascensão, representando uma parcela crescente do total de óbitos globalmente. Essa tendência é observada em todas as partes do mundo, dos países mais pobres aos mais ricos, tornando as DCNT responsáveis pela maioria das mortes anuais (WHO, 2020a).

Nos últimos anos, observamos que as DCNT são as principais causas de morte e incapacidade no mundo, influenciadas por fatores como consumo de álcool, inatividade física, ingestão de sal/sódio, tabagismo, pressão arterial elevada e obesidade. A promoção da saúde e a prevenção de doenças são, portanto, prioridades essenciais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desempenha um papel crucial na coordenação e promoção da luta global contra as DCNT, tendo elaborado, em 2013, um plano de ação global para a prevenção e controle dessas doenças, com metas estabelecidas para 2020. Em 2014, a OMS lançou um mecanismo de coordenação global para auxiliar na cooperação entre os Estados Membros e as organizações das Nações Unidas.

Estatísticas da OMS indicam que, em 2014, as DCNT foram responsáveis por 86% de todas as mortes, uma tendência que continuou em 2016. Dentro dessas, as doenças cardiovasculares e o cancro foram as mais prevalentes, enquanto as doenças respiratórias crónicas, diabetes e lesões também contribuíram significativamente. O impacto das DCNT levou à elaboração da Agenda 2030 das Nações Unidas, que visa reduzir num terço as mortes prematuras causadas por essas doenças até 2030.

O envelhecimento da população europeia aumenta a pressão sobre os orçamentos nacionais devido aos custos elevados associados ao tratamento das DCNT. Identificar políticas eficazes e económicas para lidar com essa questão é crucial. No entanto, um

relatório da OMS destacou que os esforços para diminuir a mortalidade prematura não têm sido suficientes, com um declínio preocupante na taxa de redução da mortalidade prematura.

Em Portugal, o Ministério da Saúde destacou em 2018 a redução de mortes prematuras e o aumento da esperança de vida saudável, apesar do envelhecimento populacional e do aumento das DCNT. Programas específicos foram criados para combater fatores de risco e melhorar a QdV.

Em 2019, nove das dez principais causas de morte em Portugal foram DCNT, com diferenças observadas entre os sexos. A situação atual está ligada ao fracasso em reconhecer as DCNT como uma ameaça à segurança global da saúde. O financiamento para a prevenção e controle dessas doenças tem sido inadequado, apesar dos esforços significativos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da comunidade internacional. A baixa prioridade atribuída às DCNT na agenda global de saúde reflete-se no financiamento insuficiente, representando um fardo económico para os governos e impactando os indivíduos, além de ser um desafio para a segurança da saúde a nível nacional (Saha & Alleyne, 2018).

De acordo com o Observatório de Saúde Global (2019), as causas de morte e incapacidade são classificadas em três grandes categorias: doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis e lesões. Enquanto as doenças transmissíveis estão em declínio, as DCNT, como a doença de Alzheimer e diabetes, estão em ascensão, com doenças cardiovasculares permanecendo como a principal causa de morte, tendo aumentado nas últimas duas décadas. As estimativas globais de saúde da OMS revelaram que as DCNT foram responsáveis por sete das dez principais causas de morte em 2019, destacando a importância de garantir acesso a programas de rastreamento e tratamento para doenças como cancro, diabetes e doenças cardíacas (WHO, 2020c). A WHO (2018b) afirma que, com a implementação das melhores práticas, até 2025, podem ser salvas até 3.500 vidas.

Em Portugal, entre 1990 e 2016, muitos fatores de risco para mortalidade prematura, como consumo de álcool e drogas, dieta inadequada e pressão arterial elevada, diminuíram (Direção-Geral da Saúde & Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde, 2018), contudo, entre 2014 e 2016, não houve alterações significativas no cenário das DCNT, segundo o 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico de 2015, que revelou que mais da metade dos inquiridos (57,8%) relataram ter pelo menos uma DCNT, com maior incidência entre aqueles com menor escolaridade (Barreto et al., 2016).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) fez revisão em 2015 do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, estendendo-o até 2020, em alinhamento com a Estratégia 2020 da OMS para a região europeia. As metas para 2020 incluíam a redução da mortalidade prematura, a melhoria na expectativa de vida saudável e a diminuição dos fatores de risco associados às DCNT, como obesidade infantil e consumo de tabaco (DGS, 2015). Conforme a DGS

(2017), as doenças oncológicas representam a segunda principal causa de morte em Portugal, e em 2018, o Ministério da Saúde destacou a redução de mortes prematuras e a melhoria na expectativa de vida saudável. No entanto, refere a necessidade da criação de programas específicos para combater fatores de risco, pois a população portuguesa está a envelhecer, com um aumento significativo das DCNT e um elevado número de pessoas com múltiplas patologias que são responsáveis pela maior perda de longevidade saudável e aumento da incapacidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

A reabilitação desempenha um papel vital na prevenção e tratamento das complicações associadas às DCNT, mas há uma necessidade urgente de maior investimento e desenvolvimento de programas específicos, especialmente para mulheres com cancro de mama. McGhee e Steele (2021) enfatizaram essa necessidade, apontando deficiências nos cuidados adequados após cirurgias de cancro de mama.

Para que a reabilitação seja eficaz, deve começar precocemente, com a participação ativa dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, preparando cuidadosamente o retorno para casa com informações claras e abrangentes. É urgente uma mudança no paradigma de assistência, promovendo uma abordagem multiprofissional e multiorganizacional focada na reabilitação e recuperação, assegurando que as mulheres submetidas a cirurgias de cancro da mama recebam o suporte necessário para melhorar a sua QdV.

Diante desse cenário, e considerando que o cancro da mama é uma DCNT em ascensão, é prioritário continuar a investir na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação de sobreviventes de cancro da mama.

1.1.1. O cancro da mama na mulher

Antigamente, o cancro da mama era frequentemente associado à morte, mas nas últimas duas décadas houve grandes avanços em técnicas cirúrgicas inovadoras, abordagens de radiação e medicamentos, transformando-o numa doença física que pode ser completamente curada (Ng et al., 2017). Apesar de estar classificado como uma DCNT, o diagnóstico ainda é fonte de temor para muitas mulheres.

A confirmação de uma condição devastadora como o cancro pode alterar significativamente os sentimentos e emoções das mulheres, que enfrentam um futuro incerto (Almeida et al., 2015; Ghahari et al., 2018; Lima et al., 2017; Urio et al., 2019). Elas encaram um caminho desconhecido e repleto de desafios, o que pode trazer inúmeras preocupações e sensações de mortalidade (Almeida et al., 2015). Diante do diagnóstico, as mulheres vivenciam uma mistura de emoções (K. Batista et al., 2017), desde surpresa e apreensão (Mattias et al., 2018) até medo, impotência, dependência e morte (Fonte & Andrade, 2017; Ostwal et al., 2019), levando a uma instabilidade emocional que se manifesta em choro, depressão, negação do diagnóstico, e raiva direcionada aos profissionais de saúde (Iddrisu et al., 2020).

A possibilidade de mutilação da mama, um símbolo de feminilidade, desperta sentimentos de insegurança, incerteza quanto à cura e medo (G. Silva et al., 2018). Medo da morte, da amputação, do tratamento, do impacto na imagem corporal, da evolução da doença, da recidiva, da perda de emprego e da perda do parceiro são algumas das preocupações (Vicente Pardo & López-Guillén García, 2017). Essas mulheres enfrentam muitas dúvidas, tangendo a ambiguidade, insegurança, previsão de perdas e vulnerabilidade (Ghahari et al., 2018).

É crucial que, ao comunicar esse diagnóstico, também sejam destacados os aspetos saudáveis da mulher, desmistificando a certeza de morte e a dor contínua associadas à doença (G. Silva et al., 2018).

A reação ao diagnóstico de uma doença tão grave gera sentimentos ambíguos. Por um lado, as mulheres podem sentir desespero, preocupação com a família, proximidade e medo da morte, tristeza e negação; por outro, podem nutrir crença na cura e aceitação. Mulheres otimistas aceitam o diagnóstico e acreditam que serão curadas após o início do tratamento (Barros et al., 2018). Para essas mulheres, a expectativa para o futuro após o diagnóstico é de esperança, cura, gratidão pela superação da doença, e o desejo de compartilhar suas experiências fortalece-as no desafio de lidar com a doença (Costa et al., 2020). Assim, mesmo que os tratamentos de cancro da mama causem impactos físicos e emocionais significativos, elas mantêm expectativas positivas para o futuro (Ferreira et al., 2015).

Após o diagnóstico, muitas mulheres tentam redefinir os papéis que desempenham e repensar o sentido da vida, procurando estabelecer novos significados para conceitos como perdão, doença e sonhos futuros (Fonte & Andrade, 2017). É necessário implementar ações multidisciplinares focadas nas mulheres, especialmente em termos emocionais, para que possam vivenciar este processo de forma mais fortalecida e acolhida (Costa et al., 2020).

Mulheres diagnosticadas com cancro da mama necessitam de cuidados holísticos por parte dos profissionais de saúde, tanto antes como após o diagnóstico. Cada paciente com suspeita de cancro da mama deve ser devidamente instruída e preparada psicologicamente para o tratamento. Antes de iniciar o tratamento, elas precisam de estar cientes dos efeitos colaterais e das expectativas de cada tipo de tratamento, capacitando-as para enfrentar todo o processo (Iddrisu et al., 2020).

Hoje, sabe-se que a qualidade da informação recebida no momento do diagnóstico tem um impacto significativo nas experiências emocionais e nas perspetivas futuras das mulheres (Ferreira et al., 2015).

A experiência de enfrentar o cancro é frequentemente desafiadora, trazendo mudanças físicas, emocionais e espirituais que podem causar uma profunda instabilidade social e familiar. Isso acarreta uma variedade de sentimentos que podem afetar diretamente os mecanismos de defesa fisiológica da paciente, resultando em maior dificuldade durante o tratamento e impactando as suas respostas (Lima et al., 2017).

Para lidar com o difícil momento do diagnóstico de cancro da mama, as mulheres procuram apoio em si mesmas, motivadas pela vontade de viver e pela esperança de cura (Mattias et al., 2018), além de contar com suporte familiar e religioso (Hajian et al., 2017; Mattias et al., 2018; Urio et al., 2019), amigos (Hajian et al., 2017; Urio et al., 2019), profissionais de saúde (Hajian et al., 2017), parceiros (Urio et al., 2019) e apoio social (Williams & Jeanetta, 2016).

O cancro da mama envolve situações altamente stressantes, como receber o diagnóstico e a necessidade de tratamentos prolongados, que impactam emocionalmente e elevam os níveis de ansiedade e depressão, podendo provocar distúrbios adaptativos e stresse (Vicente Pardo & López-Guillén García, 2017). Após o diagnóstico, as mulheres, que já tinham sentimentos e emoções relacionadas à confirmação do cancro, enfrentam o tratamento e suas consequências, enquanto lutam pela sobrevivência (Urio et al., 2019). Os seios femininos não são apenas glândulas mamárias, eles simbolizam feminilidade, sexualidade, maternidade e atratividade. Portanto, tanto o cancro da mama quanto o seu tratamento podem afetar significativamente não apenas a saúde física da mulher, mas também a sua QdV, estilo de vida, sexualidade e perceção corporal (Słowik et al., 2017).

1.1.2. Dados epidemiológicos

Alterações na prevalência e distribuição de alguns fatores de risco, juntamente com o envelhecimento e o aumento da população, têm contribuído para o aumento da incidência e mortalidade do cancro em todo o mundo (Abreu, 2020; Miranda et al., 2021). Essa doença é frequentemente considerada uma enfermidade relacionada ao envelhecimento, sendo a faixa etária dos 60 aos 64 anos a que apresenta a maior taxa de incidência.

Entre as mulheres, o cancro da mama é o tipo mais frequentemente diagnosticado em quase todas as regiões do mundo, exceto na África Oriental. Em 11 regiões globais, ele foi a causa mais comum de morte por cancro (Ferlay et al., 2019).

Durante a vida de uma mulher, a probabilidade de desenvolver cancro da mama é de 1 em 8, e a probabilidade de morrer por essa doença é de 1 em 33, sendo responsável por cerca de 30% de todos os casos de cancro entre mulheres (Registo Oncológico Nacional, 2021).

Em Portugal, o cancro da mama é o mais comum entre as mulheres, sendo o segundo tipo de cancro com maior incidência (em 2020, a taxa foi de 26,4%), o quinto mais mortal (1.864 mortes) e o mais prevalente aos 5 anos (GLOBOCAN, 2020). Em 2018, ocupou o primeiro lugar entre os tumores mais relevantes em mulheres, destacando-se entre todos os tipos de tumores (masculinos e femininos), com uma taxa de incidência de 101,2 por 100.000, registando 7.373 novos casos por ano. Aproximadamente 60% dos casos ocorrem entre os 45 e 69 anos, mas o grupo etário dos 30 aos 44 anos representa quase 10% do total (Miranda et al., 2021).

Embora os programas de rastreamento oncológico em Portugal tenham evoluído significativamente, ampliando a cobertura geográfica (com 83% de cobertura nacional para o cancro da mama) e aumentando a adesão dos participantes (DGS, 2017), a mortalidade associada ao cancro da mama não diminuiu. Segundo o Observatório de Saúde Global, em 2000, o cancro da mama foi responsável por 34,8 mortes por 100.000 habitantes, em 2005, esse número aumentou para 35,4, mantido em 2010, alcançando o menor número de mortes em 2015 (35,1 por 100.000 habitantes). No entanto, em 2019, a tendência de queda não continuou, sendo o cancro da mama responsável por 36,5 mortes por 100.000 habitantes, ocupando o sexto lugar entre as 10 principais causas de morte em Portugal para mulheres de todas as idades (Observatório de Saúde Global, 2019).

Vários fatores de risco estão associados a esta doença, destacando-se a predisposição genética, o estilo de vida ocidental (dieta pouco saudável, obesidade e consumo de álcool), a baixa paridade, a idade da primeira gravidez, a prática de amamentação, a exposição a estrogênios (incluindo terapia de reposição hormonal prolongada), a idade e acessibilidade ao tratamento (Cardoso et al., 2019; Dafni et al., 2019) e a nuliparidade (Ettrich, 2011; M. Batista et al., 2018).

A história familiar de cancro da mama é um fator importante no desenvolvimento da doença, conforme destacado por Meneses et al. (2020). Além disso, ser mulher é considerado um fator de risco significativo, e a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021) aponta este como o mais forte entre todos os fatores de risco para o cancro da mama. Assim, tanto o género feminino quanto a história familiar são elementos cruciais que influenciam a probabilidade de desenvolvimento da doença.

1.1.3. Estratégias de tratamento do cancro da mama

Atualmente, existem diversas estratégias para o tratamento do cancro da mama, que variam de acordo com o estágio da doença—incluindo o tamanho e localização do tumor, se há invasão de outros órgãos, e a condição física da paciente. O tratamento pode incluir terapias direcionadas, tratamento hormonal, radioterapia e cirurgia (Akram et al., 2017). Alguns tratamentos são locais, como cirurgia e radioterapia, enquanto outros são sistémicos, como quimioterapia, imunoterapia e terapia direcionada, todos podendo causar efeitos colaterais (Ghaemi et al., 2019).

Como este livro foca as mulheres submetidas a cirurgia da mama com EGA, consideramos relevante discutir a cirurgia do cancro da mama com mais detalhes. A cirurgia é a principal estratégia de tratamento para mulheres com cancro da mama (Akram et al., 2017). Segundo a American Cancer Society (2019), a cirurgia visa prevenir, diagnosticar, estadiar e tratar o cancro, sendo que a maioria das mulheres com cancro da mama passa por algum tipo de procedimento para remover o tumor. Dependendo do tipo e avanço do cancro, pode ser necessário combinar outros tratamentos antes ou após a cirurgia, ou em ambos os momentos. A cirurgia pode ter várias finalidades:

- **Remoção do tumor**, podendo ser realizada por cirurgia conservadora ou mastectomia.
- **Investigação de invasão linfática**, inclui a BLS ou EGA.
- **Reconstrução mamária**, realizada após a remoção do cancro.
- **Alívio de sintomas**, em casos de estágio avançado, com enfoque paliativo.

De acordo com a American Cancer Society (2019), existem dois tipos principais de cirurgias para remover o cancro da mama:

- **Cirurgia Conservadora da Mama**: Inclui tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial ou segmentar. Nessa técnica, parte da mama é removida juntamente com uma margem alargada de tecido ao redor do tumor, dependendo da sua localização e tamanho. Geralmente, esse procedimento requer radioterapia.
- **Mastectomia**: Envolve a remoção de toda a mama e, ocasionalmente, de tecidos adjacentes. Quando realizada em estágios iniciais, a necessidade de radioterapia é menor. Pode ser a melhor opção dependendo do tipo de cancro, tamanho, tratamentos prévios com radiação ou outros fatores e mulheres com alto risco de recidiva podem optar por mastectomia bilateral.

As variações de mastectomia incluem:

- **Simples ou Total**: Remoção de toda a mama, incluindo o mamilo, complexo areolomamilar e pele, e ocasionalmente alguns linfonodos axilares.
- **Poupadora de Pele**: Mantém a maior parte da pele da mama intacta, removendo apenas o tecido mamário e o complexo areolomamilar.
- **Preservadora de Mamilo**: Variante da mastectomia poupadora de pele, em que o mamilo e a pele da mama são mantidos.
- **Radical Modificada**: Combina mastectomia simples com EGA.
- **Radical**: Remoção completa da mama, linfonodos axilares e músculos peitorais, é usada em grandes tumores que atingem os músculos peitorais.
- **Bilateral**: Pode ser profilática em mulheres com alto risco de cancro, como aquelas com mutações genéticas.

A cirurgia do cancro da mama também é utilizada para verificar a invasão dos linfonodos axilares, podendo ser feita de duas formas:

- **Biópsia de Linfonodo Sentinela (BLS)**: Remove os primeiros linfonodos para onde o tumor se espalharia (linfonodos sentinelas). Uma substância radioativa é injetada na área do tumor, e os linfonodos que a absorvem são identificados e removidos para exame patológico. Se não forem encontradas células cancerígenas, a probabilidade de disseminação é baixa. Esta técnica é indicada em estágios iniciais do cancro da mama e não é recomendada para cancro inflamatório ou localmente avançado.

- **Esvaziamento Ganglionar Axilar**: Pode ser necessário se a BLS indicar cancro em três ou mais linfonodos, ou se exames de imagem e biópsias revelarem cancro nos linfonodos. Entre 10 e 40 linfonodos axilares são removidos e examinados quanto à presença de cancro. Pode ser realizada junto com a cirurgia de remoção do tumor ou posteriormente.

Estas intervenções cirúrgicas podem levar ao desenvolvimento de sequelas.

1.1.4. Complicações inerentes ao tratamento do cancro da mama

Dependendo do tipo de cancro da mama, dos tratamentos realizados, da abordagem cirúrgica e das características individuais da mulher, as possíveis sequelas podem variar. A cirurgia conservadora da mama, em comparação com a mastectomia, geralmente apresenta menos complicações (Chatterjee et al., 2015). No entanto, como mencionado anteriormente, ela frequentemente requer radioterapia por cerca de seis semanas (Peart, 2015), aumentando o risco de dor crónica (Howes et al., 2016). Além disso, não elimina a necessidade de uma nova cirurgia e/ou quimioterapia (Boughey et al., 2016), pode resultar em assimetria mamária (Hieken & Boughey, 2016), e está associada a menor bem-estar físico (ou seja, mais dor e desconforto) na região do peito e a piores resultados de bem-estar sexual (Howes et al., 2016).

Não é apenas a cirurgia conservadora que pode causar complicações, a mastectomia também pode levar a problemas como hematomas, infeções, seromas, necrose de retalhos cutâneos e recorrência de cancro em retalhos cutâneos, particularmente em mulheres mais jovens (Lazaraviciute & Chaturvedi, 2017).

Um estudo recente sobre complicações precoces após cirurgia radical (mastectomia radical e mastectomia com EGA) em mulheres com cancro da mama mostrou que 51,7% das pacientes apresentaram complicações precoces, incluindo edema das extremidades (40,8%), linforreia (25,2%), seroma (22,4%), infeção da ferida cirúrgica (12,2%) e necrose dos bordos da ferida (10,2%). Além disso, foi encontrada uma correlação entre o edema pós-operatório e quase todas as outras complicações (linforreia, seroma e necrose dos bordos da ferida). O estudo concluiu ainda que a idade das pacientes, o estágio da doença e o tipo de tumor não estão relacionados ao desenvolvimento de complicações (Vinnyk et al., 2020).

Outro estudo recente por Traore et al. (2020) destacou complicações cirúrgicas com base no tipo de cirurgia (cirurgia conservadora com exérese de gânglios linfáticos axilares e mastectomia radical modificada). Durante a cirurgia, a complicação mais comum foi hemorragia, observada apenas na mastectomia. As complicações precoces incluíram dor (50%), seroma (14,9%), cura retardada (13,8%), além de hematomas, infeções, drenagem e embolia, sendo mais prevalentes na mastectomia. Tardiamente, foi observada recorrência em 62,8% das participantes, além de dor no braço, linfedema e limitação dos movimentos do ombro.

Nos últimos anos, diversos artigos discutiram os efeitos da cirurgia do cancro da mama, a revisão de Lovelace et al. (2019) sobre os efeitos a longo prazo, destacam que esses efeitos dependem do tipo de cirurgia inicial, do número de gânglios linfáticos removidos e se a mama contralateral também foi retirada. Outros estudos indicam que, apesar dos avanços no diagnóstico precoce e nos tratamentos mais eficazes, ainda há um número considerável de mastectomias, seja devido ao estágio avançado do tumor no diagnóstico (Al-Gaithy et al., 2019), seja por mulheres mais jovens com maior risco ao longo da vida, que preferem esta cirurgia por medo do risco genético ou de recorrência e por fatores "intangíveis" (McGuire et al., 2009), ou pelo desejo de simetria, perceção de redução do risco de cancro futuro e melhoria na QdV (Lovelace et al., 2019).

Gu et al. (2018), numa revisão sistemática sobre os fatores que influenciam a escolha entre mastectomia e cirurgia conservadora da mama em mulheres com cancro da mama em estágio inicial, identificaram que o tamanho e o estágio avançado do tumor estão associados a uma maior taxa de mastectomias. A idade também influencia, com mulheres muito jovens ou idosas tendo maior probabilidade de optar por mastectomia. Níveis socioeconómicos mais altos foram associados a uma maior taxa de cirurgia conservadora. A localização em áreas rurais e a maior distância de instalações de radioterapia também estão ligadas a uma menor taxa de cirurgia conservadora. As crenças individuais desempenham um papel importante, algumas mulheres consideram a mastectomia mais tranquilizadora, evitando radioterapia e sendo um tratamento mais eficaz, enquanto outras preferem a cirurgia conservadora devido à preservação da imagem corporal, feminilidade, recomendação médica, equivalência de sobrevivência e menor extensão da cirurgia. Fatores relacionados ao cirurgião, como ser do sexo feminino, maior prática individual e número de casos tratados, estão associados a um aumento das taxas de cirurgia conservadora.

Conforme mencionado anteriormente, a escolha entre cirurgia conservadora e mastectomia pode depender do tamanho do tumor. Um estudo de Pukancsik et al. (2017) destaca que a escolha da técnica cirúrgica apropriada pelo cirurgião também se relaciona à perda de volume previsível, considerando não apenas o tamanho do tumor, mas também a percentagem ideal de volume removível de cada quadrante mamário, visando resultados estéticos e funcionais aceitáveis, além de uma QdV satisfatória. A cirurgia conservadora pode não oferecer resultados estéticos adequados ou boa QdV quando o volume ressecado ultrapassa 10% do total da mama nos quadrantes internos e mais de 15-19% nos quadrantes externos, levando os cirurgiões a optar por técnicas oncoplásticas ou mastectomia.

A cirurgia, por si só, altera vários aspetos da vida das mulheres, mas alguns tipos de cirurgia são mais prejudiciais do que outros. Um estudo de Głowacka-Mrotek et al. (2018) avaliou as sequelas nos membros superiores de mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama após 5-6 anos, constatando que aquelas que fizeram cirurgia conservadora com EGA apresentaram piores resultados em relação à amplitude de movimento (flexão, rotação externa e interna) do braço operado, em comparação com

aquelas que fizeram cirurgia conservadora apenas com BLS. No entanto, mesmo na cirurgia conservadora com biópsia de linfonodo, observou-se diferença na amplitude de movimento entre o membro operado e o contralateral, além de sinais de escápula alada e distúrbios de sensibilidade. Ou seja, ambos os procedimentos resultam em sequelas para as pacientes, embora aquelas submetidas as cirurgias conservadoras com EGA sejam mais afetadas. Isso demonstra que a cirurgia conservadora da mama, quando associada ao EGA, compromete mais o braço operado em comparação à associação com BLS.

O EGA geralmente está associado a um maior risco de desenvolver deficiências no braço e ombro, como redução da amplitude de movimento, força muscular diminuída, dor, capacidade reduzida para realizar atividades diárias, linfedema e perda de força dos rotadores internos (Belmonte et al., 2018; Hidding et al., 2014). Recentemente, um estudo associou a biópsia de linfonodos axilares a complicações pós-operatórias persistentes, como linfedema, dor, distúrbios sensoriais e motores, embora em menor grau em comparação ao EGA (Pilger et al., 2021).

Ao aprofundar os efeitos da cirurgia no tratamento do cancro da mama, é pertinente abordar brevemente os efeitos da quimioterapia e da radioterapia, já que as mulheres submetidas as cirurgias da mama podem também experienciar uma ou ambas as terapias. Mulheres em tratamento de quimioterapia para o cancro daa mama enfrentam diversos efeitos colaterais, impactando as suas vidas em termos físicos, emocionais, cognitivos e de vida. Fisicamente, os sintomas variam e podem incluir fadiga persistente, alterações cognitivas, perda de cabelo, náuseas, vômitos, insônia, dores ósseas e neuropatia periférica (Liu et al., 2021), além de alterações na pele e unhas, perda de apetite, mudanças no olfato e paladar, e menopausa (Ostwal et al., 2019).

No aspeto emocional, as mulheres relatam preocupações, medo, ansiedade, tristeza, raiva, depressão, incerteza e isolamento. Cognitivamente, elas percebem que suas habilidades de raciocínio são afetadas, manifestando-se como dificuldade em encontrar palavras, problemas de memória, dificuldade de concentração e organização, e fadiga. Em termos de mudanças de vida, os efeitos colaterais limitam suas habilidades para realizar atividades diárias, afetando seus papéis como esposas, mães e filhas, tornando-as extremamente sensíveis e isoladas, com qualquer sintoma potencialmente exercendo efeitos multidimensionais (Liu et al., 2021).

A radioterapia adjuvante no tratamento do cancro da mama tem demonstrado melhorar os resultados, reduzindo as taxas de recorrência e mortalidade. No entanto, ela pode causar efeitos colaterais desagradáveis, como fadiga (Lipsett et al., 2017; Sharma & Purkayastha, 2017), além de aumentar o risco de morte cardiovascular tardia, especialmente quando aplicada no lado esquerdo em comparação ao lado direito (Sardar et al., 2017; Y.-J. Cheng et al., 2017). Outros riscos incluem doença coronariana (Y.-J. Cheng et al., 2017), osteoporose severa e/ou perda óssea, linfedema grave, anormalidades cardíacas e pulmonares, dor crónica, e incapacidade devido à avulsão do plexo braquial (Llewellyn et

al., 2019). Adicionalmente, ela pode intensificar a dor, linfedema e interferir nas atividades diárias (Hidding et al., 2014), além de causar insónia, reações cutâneas, e afetar a QdV em aspetos financeiros, emocionais, de satisfação sexual e perspetivas futuras (Sharma & Purkayastha, 2017). Reações cutâneas de radiação podem incluir eritema, edema, descamação seca, e dor (Drost et al., 2018), bem como toxicidade cutânea e descamação húmida (Pignol et al., 2015). Recentemente, Raphael et al. (2020) categorizaram os efeitos colaterais em curto prazo (pele vermelha e sensível, edema, cansaço e dor na mama) e longo prazo (fibrose, mudança na forma da mama, descoloração da pele, dor, complicações na grade costal, problemas cardíacos e pulmonares).

As sobreviventes de cancro da mama enfrentam vários sintomas, sendo os mais frequentes dor nas mamas/braços, fadiga, linfedema, diminuição da amplitude de movimento e fraqueza nos membros superiores, aderência de tecido cicatricial na mama/axila e parestesia no braço/mama. As limitações físicas mais comuns incluem dificuldade em elevar os membros superiores, carregar objetos pesados, conduzir e redução da força de preensão (Zomkowski et al., 2018).

Estas mulheres sofrem alterações físicas e cognitivas, mudanças na imagem e sexualidade corporal, medo de recorrência, stresse económico, baixo apoio social, restrições funcionais de papel e crises familiares ao longo da doença. O tratamento pode resultar em efeitos adversos físicos, psicológicos e sociais, impactando a QdV dessas mulheres (Suwankhong & Liamputtong, 2016). A seguir, discutiremos algumas alterações que as mulheres com cancro da mama podem experimentar durante o diagnóstico e tratamento.

1.1.4.1. Alterações físico psicossociais

Mulheres diagnosticadas com cancro da mama enfrentam desafios psicológicos e sociais ao longo de sua jornada de sobrevivência (Eugenia et al., 2019). O diagnóstico e a cirurgia estão frequentemente associados a uma morbidade psicossocial significativa (Matthews et al., 2017), pois as mulheres experimentam uma ampla gama de deficiências funcionais e emocionais, que têm profundos efeitos psicossociais (Kim et al., 2017).

A cirurgia da mama é responsável por várias alterações físicas, como deficiências funcionais significativas no membro superior, incluindo a redução da amplitude de movimento (Lee et al., 2019; Hidding et al., 2014). Quando associada ao EGA, o risco de comprometimento funcional do membro superior aumenta (Chan et al., 2020; Hidding et al., 2014), com redução da amplitude de movimento e força muscular e aumento da dor (Hidding et al., 2014; Mairink et al., 2020), além de causar assimetria mamária (Hieken & Boughey, 2016).

Além disso, a paciente pode desenvolver ombros em pronação, cifose dorsal e flexão anterior da cabeça, pois os músculos ficam tensos e encurtados, criando um desequilíbrio muscular que pode levar a problemas futuros na cabeça, pescoço e costas (Wilson, 2017), assim como deformidades na coluna vertebral a longo prazo (Serel et al., 2017).

Estas alterações, podem tornar-se crónicas, de acordo com De Groef et al. (2017), um ano após a cirurgia de cancro da mama, a função do membro superior foi afetada em 62% das mulheres. Além da redução da amplitude de movimento e força do ombro, a dor também contribuiu para essa disfunção, considerando sua intensidade, qualidade e sinais de sensibilização central. Para além disso, outros fatores que podem influenciar essa disfunção, tais como o aumento da idade, a amplitude de movimento do ombro e a força da mão.

Lovelace et al. (2019) destacam que as alterações físicas a longo prazo incluem mudanças anatômicas, dor crônica, dor fantasma da mama, síndrome da teia axilar e linfedema, além da diminuição da força, capacidade aeróbica, mobilidade e fadiga. Essas mudanças também impactam psicossocialmente, levando a depressão, ansiedade, preocupações com a imagem corporal e problemas de sexualidade.

O tratamento oncológico causa alterações físicas significativas, resultando na deterioração da função do membro superior e da rotação lateral do ombro próximo à cirurgia, o que pode prejudicar o retorno ao trabalho (Assis et al., 2013). Além disso, provoca mudanças na independência e autonomia das mulheres, gerando problemas psicossociais devido aos sintomas (Garcia et al., 2015).

O cancro é uma doença física que também manifesta problemas sociais e psicológicos. Mulheres com cancro da mama podem enfrentar problemas psicossociais a longo prazo, como ansiedade, desconforto, tristeza, desamparo, fadiga, desatenção, distúrbios do sono, reservas mentais e cognitivas, disfunção sexual, infertilidade, sofrimento psicológico e distúrbios psiquiátricos (İzci et al., 2016). De acordo com De Groef et al. (2017), os fatores psicossociais, como a catástrofe da dor, são cruciais e não devem ser subestimados.

Araújo et al. (2016) realizaram uma revisão da literatura para analisar os aspetos psicossociais em mulheres com cancro da mama, constatando que o stresse, apoio social, enfrentamento, QdV, sono, sintomas emocionais, sexualidade, reformulações de projetos e reflexões sobre a morte são componentes psicossociais importantes. Eles concluem que esses aspetos psicossociais têm repercussões significativas na vida das mulheres e de quem as rodeia.

Mulheres que sobrevivem ao cancro da mama enfrentam stresse social e psicológico considerável ao reajustarem as suas vidas, influenciado por fatores como idade, estado civil, situação socioeconómica e características pessoais. Elas enfrentam desafios psicológicos, como ansiedade, medo, transtorno depressivo maior, insegurança (incluindo imagem corporal negativa e baixa autoestima, questões de feminilidade e atratividade física), além de desafios sociais, como intimidade, ansiedade social, ocupação, funções profissionais e papéis domésticos. A sobrevivência é afetada por fatores como apoio institucional, status socioeconómico, situação de emprego, estado civil, crenças e opiniões pessoais (Eugenia et al., 2019).

Como mencionado anteriormente, a idade é um fator que influencia a adaptação psicossocial de mulheres com cancro de mama. Campbell-Enns e Woodgate (2017) realizaram um estudo comparando as experiências psicossociais entre mulheres jovens e mais velhas. Eles concluíram que ambas enfrentam desafios semelhantes, como lidar com o impacto do cancro (medo da morte ou do tratamento e incerteza), cuidar dos outros (as mais velhas cuidam de cônjuges, amigos, idosos, filhos e netos, enquanto as mais jovens lidam com papéis femininos como mãe, cônjuge e filha) e buscar uma vida além da doença. Todas desejam normalidade, mas as mais jovens relatam impactos irreversíveis nas suas vidas—como mudanças corporais, na carreira e nos relacionamentos. Os efeitos do cancro na reprodução, como a fertilidade e infertilidade, afetam principalmente as mulheres jovens, que podem estar a enfrentar a doença durante a idade reprodutiva, enquanto as mais velhas geralmente não enfrentam mudanças reprodutivas significativas.

Outro estudo sobre sofrimento e necessidades psicossociais apontou que mulheres mais jovens tendem a apresentar níveis mais elevados de depressão e sintomas de ansiedade. As suas necessidades psicossociais relacionadas ao trabalho, escola, intimidade, sexualidade e finanças são mais frequentes do que nas mulheres mais velhas, possivelmente devido às diferentes fases de vida em que se encontram (Naik et al., 2020).

Melnyk et al. (2020) realizaram uma revisão integrativa para sintetizar a vulnerabilidade psicossocial das mulheres em relação ao trabalho remunerado após o diagnóstico de cancro da mama. Eles observaram que essas vulnerabilidades envolvem mudanças na identidade e desempenho funcional, reinserção social, estratégias de enfrentamento e apoio social, destacando a importância do emprego e do ambiente de trabalho para a saúde psicossocial dessas mulheres.

Mulheres com cancro da mama enfrentam deficiências físicas e psicossociais resultantes do diagnóstico e tratamento. Zhang et al. (2019) exploraram os fatores que influenciam essas deficiências, descobrindo que preditores psicossociais como intimidade familiar, amizades, enfrentamento, capacidade de gerenciamento, compromisso familiar, estado civil, cirurgia e aceitação/renúncia afetam significativamente a aceitação da deficiência, sendo este um fator crucial na adaptação psicossocial. Como discutido anteriormente, as mulheres com cancro da mama enfrentam muitas necessidades psicossociais, e é importante explorar formas de aliviar o sofrimento psicológico e social. A evidência científica revelou várias intervenções que podem ser implementadas. Matthews et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise para avaliar a eficácia das intervenções psicossociais, constatando efeitos limitados na ansiedade, depressão, QdV, distúrbios de humor, angústia, imagem corporal, autoestima e função sexual. No entanto, houve um efeito moderado das intervenções para melhorar distúrbios do sono e uma eficácia clara da terapia cognitivo-comportamental em reduzir ansiedade, depressão e melhorar a QdV.

Além deste estudo, outras intervenções psicossociais incluem encaminhamento psiquiátrico precoce para identificar mulheres com depressão e fornecer apoio psicossocial

e assistência médica adequados para melhorar sua QdV (Kim et al., 2017). Intervenções precoces focadas em educação sobre perda de fertilidade, acesso à cirurgia reconstrutiva e suporte à imagem corporal, orientação para o retorno ao trabalho, assistência com cuidados infantis, integração de cuidados psicológicos e atendimento às necessidades informativas podem ajudar a melhorar o estado psicossocial de jovens sobreviventes de cancro da mama (Hubbeling et al., 2018).

Çürük et al. (2020) recomendam avaliações regulares do ajuste psicossocial em mulheres com cancro da mama e planeamento de iniciativas, aumentando a consciencialização e apoio familiar em cooperação com a família no cuidado e tratamento do paciente, além de identificar recursos de apoio social adequados para melhorar o ajuste psicossocial.

Os profissionais de saúde estão cientes do baixo nível de aceitação da deficiência por parte dessas mulheres e exploram o potencial das intervenções psicológicas para reduzir efetivamente a resposta ao stresse pós-traumático, promovendo estratégias positivas de enfrentamento e acelerando a aceitação da deficiência e retorno à sociedade (Zhang et al., 2019). Enfermeiros têm as competências científicas necessárias para promover a saúde psicossocial em mulheres trabalhadoras, coordenar encaminhamentos para aconselhamento, reabilitação, orientação sobre licenças médicas e serviços de emprego, e fornecer um plano de cuidados de sobrevivência por escrito na alta hospitalar (Melnyk et al., 2020).

Apesar das muitas alterações psicossociais, o tratamento e diagnóstico do cancro da mama trazem outras mudanças. A seguir, discutiremos as alterações na imagem corporal e na sexualidade.

1.1.4.2. Alterações da imagem corporal e sexualidade

Como se tem mencionado, o diagnóstico e tratamento do cancro da mama têm repercussões negativas em vários níveis para as mulheres. O fato de essa doença afetar a mama, símbolo de feminilidade, maternidade e sexualidade, tem um grande impacto na imagem corporal e nos relacionamentos sexuais, prejudicando a autoestima das mulheres (Vicente Pardo & López-Guillén García, 2017). Muitas mulheres sentem que os seus corpos estão incompletos e acreditam que o corpo é essencial na relação entre homem e mulher, independentemente de qualquer desvalorização que possam ter sobre a asua imagem corporal (Costa et al., 2015).

A importância da mama para a mulher impacta profundamente a sua imagem corporal. Dependendo da mulher, a perda da mama devido à mastectomia pode ter muitos significados e desencadear emoções conflitantes. Assim, a resposta psicológica à remoção da mama está intimamente ligada à importância emocional que ela tem para a mulher (Koçan & Gürsoy, 2016).

A evidência indica que a imagem corporal está intimamente ligada à sexualidade, mulheres sobreviventes de cancro da mama que enfrentam distúrbios de imagem corporal após o tratamento têm alta prevalência de dificuldades no funcionamento sexual, sendo importante abordar essa questão para minimizar o impacto negativo, muitas vezes persistente, na QdV (Boquiren et al., 2016). Após o diagnóstico e tratamento, muitas relatam mudanças significativas no bem-estar sexual, incluindo diminuição na frequência de relações, excitação sexual, interesse, desejo, prazer, satisfação e intimidade. O bem-estar sexual é essencial para o bem-estar psicológico e a QdV (Ussher et al., 2014), tornando-o um foco importante na assistência e cuidados prestados às mulheres com cancro da mama.

Disfunções sexuais podem resultar como efeitos colaterais da quimioterapia, hormonoterapia ou terapia biológica (Vicente Pardo & López-Guillén García, 2017). Secura vaginal, menor satisfação com o relacionamento conjugal e sentimento de estigma corporal são preditores significativos de um funcionamento sexual mais pobre (Boquiren et al., 2016).

Uma revisão integrativa realizada por Franco et al. (2018) explorou como as mulheres com cancro daa mama percebem a sua sexualidade, constatando que essa perceção varia amplamente. A idade, tempo de diagnóstico, tempo de cirurgia e tipo de tratamento podem impactar diretamente a vida sexual, causando desconforto físico e emocional, medo e angústia, o que pode prejudicar os relacionamentos afetivo-sexuais. Algumas mulheres relataram melhorias no relacionamento sexual com seus parceiros quando se sentiram compreendidas e puderam discutir suas preocupações, contribuindo para uma redefinição da vida íntima do casal e melhorando as experiências afetivas, com maior cumplicidade e carinho. Muitas mulheres temem as consequências da doença para a sexualidade, especialmente em relação ao envelhecimento e perda de beleza, que consideram essenciais para os relacionamentos afetivos-sexuais, expor o corpo aos outros, opiniões negativas do parceiro, uso de camisolas durante o ato sexual para esconder cicatrizes ou ausência da mama, e o medo de que movimentos bruscos durante o sexo prejudiquem sua recuperação.

Os tratamentos utilizados no cancro da mama afetam as mulheres em várias dimensões. Efeitos colaterais físicos como fadiga, náusea, vómito, perda de mama e cabelo podem perturbar a imagem corporal, resultando em ansiedade e isolamento. Embora a queda de cabelo não seja permanente, ela causa um sério impacto na autoimagem das mulheres (Liu et al., 2021). Esses autores relatam que a alopecia afeta a aparência física, estratégias de enfrentamento, feminilidade e relacionamentos íntimos. Muitas mulheres utilizam lenços, esponjas e sutiãs para disfarçar a perda de cabelo e seios, evitando assim o estigma corporal. Isso reforça o estudo de Iddrisu et al. (2020), que observa que mulheres submetidas a mastectomia frequentemente não se sentem atraentes e usam trapos e lenços como próteses mamárias, enquanto aquelas que sofrem queda de cabelo devido à quimioterapia optam por diferentes tipos de perucas para esconder a calvície. Durante e após a mastectomia e durante a quimioterapia, as mulheres sentem-se mais insatisfeitas

com a sua imagem corporal, o que pode impactar negativamente a sua autoestima (Mairink et al., 2020; Prates et al., 2017).

O ganho de peso é outro efeito colateral do tratamento do cancro da mama, mulheres com histórico de flutuações significativas de peso na idade adulta e ganho de peso após o diagnóstico são particularmente propensas a ter uma imagem corporal deficiente após o tratamento. Grandes flutuações de peso estão especialmente relacionadas aos aspetos sociais da imagem corporal. Mulheres com esse histórico devem ser identificadas no diagnóstico ou início do tratamento para que intervenções precoces sejam realizadas (Fazzino et al., 2017).

Para as mulheres, as mamas simbolizam feminilidade, beleza e maternidade, variando de significado para cada uma. Após uma mastectomia, as mulheres frequentemente expressam sentimentos negativos sobre a sua aparência, sentindo que falta uma parte de si mesmas como indivíduo e mulher. Elas tendem a esconder o corpo, usar roupas que disfarcem a ausência das mamas e relatam que os seus relacionamentos com os parceiros não são como antes, indicando que a mastectomia pode afetar negativamente a autoimagem (Koçan & Gürsoy, 2016). Em suma, a mastectomia impacta a sexualidade e autoimagem, sendo uma mutilação que afeta a imagem corporal e gera sentimentos que impactam a aceitação da feminilidade e do próprio corpo (G. Silva et al., 2018), afetando as mulheres no dia a dia (Menon & O'Mahony, 2019). Mulheres mastectomizadas comumente apresentam depreciação da imagem corporal, sentindo-se fisicamente incompletas (Costa et al., 2015).

A imagem corporal não apenas interfere na sexualidade, mas também afeta a QdV, e o tipo de cirurgia pode ser um fator preditor de alterações na imagem corporal e consequentemente piora na QdV. Wu et al. (2019) relatam que mulheres que passam por cirurgia conservadora da mama podem ter scores piores e flutuantes de imagem corporal e QdV, frequentemente ficando insatisfeitas com o formato da mama e preocupadas com a recorrência do cancro, enquanto aquelas submetidas à mastectomia geralmente têm expectativas mais baixas quanto à aparência pós-cirúrgica. Os scores totais de imagem corporal são preditivos de todas as facetas e domínios da QdV, e mulheres sem EGA tendem a ter sentimentos menos positivos, embora estejam mais satisfeitas com as atividades sexuais. Assim, a imagem corporal é preditiva da QdV em mulheres com cancro da mama, conforme reforçado por Iddrisu et al. (2020), que destacam que a imagem corporal (queda de cabelo, ausência de mama, presença de linfedema, alterações na pele) afeta a QdV.

Por um lado, Wu et al. (2019) afirmam que mulheres submetidas as cirurgias conservadoras têm uma imagem corporal pior do que aquelas que fazem mastectomia, por outro lado, Prates et al. (2017) e Lagendijk et al. (2018) observam o contrário, indicando que a mastectomia causa mais insatisfação com a aparência do que a cirurgia conservadora, sugerindo que a perceção da imagem corporal é pessoal e cada mulher atribui o seu próprio significado.

A imagem corporal de mulheres com cancro da mama muda, sejam elas jovens ou mais velhas. Davis et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática indicando que a imagem corporal é importante para as sobreviventes de cancro da mama mais velhas e pode sofrer impacto de fatores como idade, estado de menopausa, saúde mental, tipo de tratamento e prática de exercícios. Esta revisão concluiu que mulheres mais velhas podem ter vantagens pós-menopausa, mas a preocupação com a imagem corporal ainda persiste.

Embora mulheres mais velhas também se preocupem com a imagem corporal, um estudo de Fazzino et al. (2017) revela que elas têm uma imagem corporal melhor do que as mais jovens, que correm maior risco de imagem corporal negativa após o tratamento do cancro da mama.

Para as mulheres jovens, Miaja et al. (2017) destacam preocupações específicas com mudanças na sexualidade, fertilidade e imagem corporal. Nestas mulheres, relações interpessoais, imagem corporal e problemas sexuais estão ligadas à maioria das áreas da QdV. A doença afeta não apenas as próprias mulheres, mas também o seu contexto social, incluindo os seus parceiros, que, sendo mais jovens, experimentam maior impacto da doença do que aqueles de mulheres mais velhas. No planeamento do tratamento do cancro da mama para essas jovens, elas devem ser informadas sobre os possíveis efeitos colaterais na sexualidade, fertilidade e imagem corporal, e os seus parceiros devem ser incluídos na tomada de decisões para restaurar, melhorar e manter a comunicação eficiente e relacionamentos positivos. A maioria das jovens permanece sexualmente ativa após o tratamento, no entanto, a menopausa induzida pela quimioterapia está significativamente associada à inatividade e disfunção sexual, com fatores de risco incluindo depressão e disfunção tireoidiana (M. Lee et al., 2015).

A cirurgia impacta negativamente a função sexual, assim como a imagem corporal, com variações dependendo do tipo de cirurgia. Sobreviventes de cancro da mama relatam significativa morbidade sexual após o tratamento, especialmente após mastectomia (Raggio et al., 2014), enfrentando problemas de desejo sexual, excitação e capacidade de atingir o orgasmo (Aerts et al., 2014). Entretanto, Cornell et al. (2017) destacam que mulheres submetidas à cirurgia conservadora da mama experimentaram maior redução na função sexual em comparação àquelas submetidas à mastectomia, onde a função sexual permaneceu inalterada. Tanto mastectomia, quanto cirurgia conservadora prejudicaram todos os domínios da sexualidade (índice de funcionamento sexual feminino), contudo, todas mantiveram algum nível de desejo sexual. Portanto, qualquer tipo de cirurgia (conservadora ou mastectomia) afeta negativamente a função sexual (Cornell et al., 2017).

As mudanças na imagem corporal da mulher com cancro da mama não afetam somente as mulheres, mas também os seus parceiros, pois a mama é um órgão de representatividade sexual feminina. Um artigo que analisa as perspetivas dos parceiros sobre a imagem corporal das mulheres pós-mastectomia e alopecia revela que, embora a experiência de ver a esposa sem mama pela primeira vez seja difícil, a maioria dos

parceiros afirma que a importância da esposa para eles permanece inalterada, durante o diagnóstico e tratamento, o casal tende a se apoiar mutuamente, muitos parceiros não sabem como se comportar, e a mudança no corpo das companheiras não afeta as suas relações familiares e sociais (Gürsoy et al., 2017).

A religião e o apoio familiar são cruciais no auxílio às mulheres para lidarem com a sua condição. Assim como, os enfermeiros estão bem posicionados para avaliar as necessidades de imagem corporal e sexualidade dessas mulheres, oferecendo encaminhamentos e intervenções adequadas. Intervenções oportunas para o sofrimento físico durante o tratamento do cancro da mama podem ajudar a estabelecer uma imagem corporal positiva. Enfermeiros e outros profissionais de saúde devem estar cientes das mudanças na imagem corporal de pacientes com cancro de mama para iniciar intervenções e oferecer apoio culturalmente sensível. Portanto, os enfermeiros devem apoiar as mulheres a encontrar as suas próprias fontes de força para facilitar o processo de cura (Liu et al., 2021).

Para melhorar a abordagem das mulheres com cancro da mama que enfrentam mudanças na imagem corporal e sexualidade, é útil entender as dinâmicas dessas mudanças para auxiliar na tomada de decisões compartilhadas sobre a cirurgia (Wu et al., 2019). É fundamental apoiar não apenas as mulheres mastectomizadas e com alopecia, mas também os seus parceiros, com avaliações contínuas dos cônjuges de mulheres com cancro de mama (Gürsoy et al., 2017). Nas mulheres jovens, as mudanças corporais impactam os aspetos físicos, emocionais e sociais (Mairink et al., 2020), exigindo intervenções psicológicas e apoio físico de profissionais de saúde e familiares (Iddrisu et al., 2020). Mulheres mastectomizadas precisam de apoio familiar e conjugal, além de acompanhamento multiprofissional (Costa et al., 2015). Experiências traumáticas são equilibradas com práticas religiosas e apoio familiar, auxiliando na recuperação (Alhusban, 2019).

As mulheres com cancro da mama devem ser encorajadas a transformar o estigma de mutilação em poder, mostrando os seus corpos e desejos sexuais, mesmo sem uma mama ou apenas com uma, ainda podem ser desejadas e amadas (Araújo et al., 2020).

A seguir, abordaremos as mudanças familiares provocadas pelo cancro da mama.

1.1.4.3. Alterações familiares

O ambiente familiar desempenha um papel crucial na sobrevivência e enfrentamento do cancro da mama (Salakari et al., 2017). Esta doença afeta não apenas a paciente, mas também os seus familiares, que frequentemente experimentam uma diminuição no bem-estar físico e psicológico, especialmente após o diagnóstico, durante o tratamento ativo e na fase terminal (Keitel et al., 2017).

O diagnóstico impacta todos os membros da família de várias maneiras, sendo uma experiência extenuante que pode desafiar os relacionamentos familiares. A família sente que

a vida como conheciam desapareceu, e procura apoio e orientação diariamente, procurando equilíbrio ao se reunir e tentar manter uma atitude positiva enquanto enfrentam o medo e os efeitos colaterais do tratamento. Quando a mãe de uma família é diagnosticada com cancro da mama, a vida familiar torna-se uma realidade cheia de desafios, reorganizações e incertezas, enquanto tentam retornar à normalidade. Para isso, precisam de informações, apoio e orientação de profissionais de saúde para lidar com essa experiência angustiante que as faz sentir inadequadas (Holst-Hansson et al., 2017). Por isso, é vital desenvolver serviços de suporte para essas mulheres e suas famílias, já que o seu papel no suporte é essencial (Salakari et al., 2017).

Inicialmente, as relações familiares podem ser abaladas pelo medo de que a doença muitas vezes leva à fatalidade. Conviver com mulheres com cancro da mama pode ser considerado um fator de sobrecarga física e emocional para a família, afetando a saúde dos seus membros. Para as mulheres, o apoio do parceiro é extremamente importante, especialmente nos estágios iniciais da doença, mesmo após a mastectomia. Isso porque elas precisam ser aceites, amadas, compreendidas e de carinho, elas necessitam de apoio familiar e conjugal, bem como de acompanhamento multidisciplinar (Costa et al., 2015).

A experiência do cancro na família representa uma grande carga para as mulheres e os seus parceiros, destacando a alta incidência de transtornos de ansiedade. Os casais que enfrentam esta doença tendem a reagir como um sistema emocional, não como indivíduos (Götze et al., 2017).

O diagnóstico e o tratamento subsequente do cancro da mama trazem grandes desafios e angústia para as mulheres e seus parceiros. Isso pode levar a dificuldades nos relacionamentos conjugais e, consequentemente, afetar o ajustamento conjugal e diminuir a adaptabilidade social e psicológica ao cancro da mama (Brandão et al., 2017).

Os cônjuges frequentemente assumem o papel de cuidadores principais e enfrentam um stresse físico, social, económico e emocional significativo. O diagnóstico de cancro expõe os cônjuges ao medo de perder os seus parceiros, o que pode resultar em depressão, ansiedade, incerteza e stresse. O cancro da mama não apenas reduz a QdV dos cônjuges das mulheres, mas também aumenta o seu sofrimento emocional, as suas necessidades psicossociais e responsabilidades familiares (Fekih-Romdhane et al., 2019). Os parceiros tendem a sentir angústia porque acreditam que devem ser fortes para as suas companheiras e outros membros da família, enquanto lutam contra os seus próprios medos, tristeza e impotência (Keitel et al., 2017), vivenciando diversas consequências psicológicas, emocionais e nos relacionamentos durante a sobrevivência (Keesing et al., 2016).

A mulher e o seu parceiro passam por muitas mudanças de papéis, responsabilidades e relacionamento durante a fase inicial da sobrevivência ao cancro da mama. Além disso, o casal frequentemente enfrenta problemas de comunicação, intimidade e sexualidade, que afetam profundamente sua interação e aumentam as demandas do relacionamento (Keesing et al., 2016).

Durante o diagnóstico e tratamento, vários papéis podem ser alterados. Muitas vezes, não é apenas o parceiro da mulher com cancro da mama que vê o seu papel redefinido, mas também as mães dessas mulheres, que são frequentemente chamadas a ajudar as suas filhas, agora mães, esposas e donas de casa, tornando-se o principal apoio e cuidadoras, mesmo quando as pacientes têm parceiros. Isso pode levar a esquecer que as próprias mães também precisam de apoio (Ginter & Radina, 2019).

As mulheres descobriram que a família, ao longo do percurso de doença, tratamento e reabilitação, conta com o importante apoio e união familiar, acreditando que isso é essencial para sua recuperação (Manorov et al., 2019).

Lidar com uma mulher mastectomizada é um grande desafio para a família, diante do sofrimento causado pelo diagnóstico, as mulheres procuram apoio e força em familiares, amigos e até em crenças religiosas para enfrentar a situação (G. Silva et al., 2018).

As mulheres sem parceiros gerenciam as suas redes sociais, procurando apoio junto a familiares imediatos (irmãos, filhos e ocasionalmente pais), amigos, colegas de trabalho e animais de estimação (Ginter & Braun, 2019).

As mudanças na dinâmica familiar da mulher com cancro da mama não afetam apenas o parceiro ou as mães, mas também podem ter repercussões nos seus filhos, cujo impacto varia de acordo com o nível de saúde mental da mãe e a gravidade da doença. Ter uma mãe diagnosticada com cancro da mama pode ser um momento angustiante para uma criança, que pode experimentar depressão, ansiedade e sofrimento mental elevado, mas que, ao mesmo tempo, mostra mais competência social e comportamentos menos agressivos ou perturbadores. No entanto, elas correm o risco de desenvolver problemas internos, especialmente quando a mãe sofre de depressão e tem complicações médicas graves (Purc-Stephenson & Lyseng, 2016).

Embora tenhamos observado mudanças na dinâmica familiar que levam à redefinição de papéis e geram estresse, o diagnóstico de cancro da mama, apesar de ser sempre desafiador, pode, quando bem administrado, transformar famílias de formas surpreendentemente positivas. Por exemplo, familiares de mulheres com cancro relataram aumento da autoestima, enriquecimento dos relacionamentos e melhoria da adaptabilidade (Keitel et al., 2017), além de maior união familiar, o que é essencial para a recuperação (Manorov et al., 2019).

As mulheres afetadas pelo cancro da mama necessitam de apoio abrangente da sua família, seja ela consanguínea ou não, que deve ajudar a lidar com a evolução da doença. O apoio familiar contribui para uma maior adesão ao tratamento de quimioterapia, oferece mais oportunidades de obter bons resultados no tratamento, protege a autoestima da mulher, e fornece motivação para continuar a lutar sem grandes comprometimentos psicológicos e emocionais. Além disso, facilita a adaptação à nova realidade após a cirurgia, conforme as mudanças são ressignificadas. Contudo, enquanto as famílias servem de suporte emocional, elas também podem se tornar vulneráveis, necessitando de

apoio psicológico para reaprender a lidar com a paciente e ajudá-la a enfrentar os desafios decorrentes dos tratamentos (Godinho & Arruda, 2018).

Em resumo, o diagnóstico e tratamento do cancro da mama afetam toda a família, seja consanguínea ou não, incluindo parceiros, pais, filhos, amigos e colegas de trabalho próximos, que muitas vezes são considerados como família. A família desempenha um papel fundamental e indispensável no apoio e assistência à mulher com cancro da mama (Manorov et al., 2019).

1.1.4.4. Alterações nas atividades de vida diária

A incidência do cancro da mama e o seu tratamento podem causar alterações funcionais, psicológicas e comportamentais, levando a restrições nas Atividades de Vida Diária (AVD) das mulheres (Peerawong et al., 2016). Antes de discutir as mudanças nas atividades diárias em mulheres com cancro da mama, é importante definir AVD, que se referem às atividades básicas que um indivíduo realiza para viver de forma independente (Covinsky, 2006). As AVD podem ser divididas em atividades de vida diária básicas (AVDB), como cuidados pessoais, alimentação, higiene pessoal e vestuário, e atividades de vida diária instrumentais (AVDI), que incluem tarefas como preparar refeições, usar transporte público, realizar trabalhos domésticos e fazer compras.

As pessoas com cancro frequentemente relatam mudanças nas AVD, que são essenciais para viver de forma independente. Cerca de um terço dos adultos relatam dificuldade, e metade precisa de assistência para realizar as AVD básicas e instrumentais, em que as atividades mais afetadas incluem higiene pessoal, caminhadas, transferências, tarefas domésticas, compras e transporte (Neo et al., 2017).

Apesar dos avanços nos tratamentos do cancro da mama nos últimos anos, os efeitos colaterais continuam a reduzir a capacidade das mulheres para realizar as AVD e seus níveis de atividade (Liu et al., 2021) e muitos sintomas estão associados a um desempenho inferior nas AVD (Ligt et al., 2019), afetando o dia a dia, como deficiências, limitações de atividade e restrições de participação (Letellier & Mayo, 2017).

Os efeitos negativos do tratamento incapacitam muitas mulheres e limitam as suas AVD, com algumas a ficar em casa por dias, impactando negativamente o trabalho e tarefas domésticas, incluindo o cuidado dos filhos e práticas religiosas (Iddrisu et al., 2020).

A cirurgia pode levar a deficiências físicas únicas em pacientes com cancro da mama, como ansiedade e sintomas da menopausa (Mokhatri-Hesari & Montazeri, 2020), fraqueza corporal severa (Iddrisu et al., 2020), amplitude de movimento restrita, ombro congelado, fraqueza muscular, imagem corporal deficiente e linfedema (Wilson, 2017), além de fadiga e dor, afetando a participação nas AVD (Mokhatri-Hesari & Montazeri, 2020; Wilson, 2017).

As mudanças na aparência corporal e os efeitos adversos têm um grande impacto nas AVD, diminuindo a capacidade das mulheres de serem independentes e interferindo nos seus estilos de vida normais (Wang et al., 2017).

O tratamento do cancro da mama, como já mencionado, causa alterações funcionais, especialmente no braço e ombro do lado afetado, levando a restrições de movimento. Isso dificulta a realização de tarefas cotidianas que antes eram simples, como lavar e passar roupa, limpar a casa e preparar refeições. Essas atividades diárias são afetadas, e a mulher pode sentir-se limitada, incompetente e inútil, demonstrando falta de autonomia. Além disso, o tratamento afeta o desempenho em cuidados pessoais e higiene, como vestir-se, tomar banho, lavar as costas, comer, fazer compras e conduzir (Mairink et al., 2020). Muitas mulheres relatam sérios problemas no braço e ombro, resultando em limitações nas AVD. O movimento do membro superior é qualitativamente menos fluido (função de alcance), mesmo que aparentemente o movimento de alcançar seja realizado corretamente (Paolucci et al., 2020). O medo do linfedema, menor bem-estar emocional e dor comprometem o uso do braço afetado nas AVD (O'Toole et al., 2015).

Às vezes, para evitar incapacidade, dor ou impacto subacromial, as mulheres reduzem a amplitude de movimento do lado afetado como uma estratégia de movimento mais restrita, mantendo os movimentos dentro de intervalos mais estreitos (Brookham et al., 2018).

Hidding et al. (2014), numa revisão sistemática, demonstraram prejuízos nas AVD a longo prazo. A dor e a sensação de fraqueza dificultam pegar um galão de leite e realizar tarefas domésticas pesadas. Além disso, o EGA foi associado ao linfedema e à diminuição das atividades diárias, corroborando o estudo de Mairink et al. (2020). Concluíram também que a tumorectomia estava relacionada a um declínio no nível das AVD.

Dias et al. (2017) destacam que, antes do cancro da mama, as mulheres conseguiam realizar tanto AVD remuneradas quanto domésticas e atividades manuais. Após a mastectomia, manifestaram dificuldades especialmente nas atividades domésticas, autocuidado, trabalho, práticas religiosas e sociais, que sofreram modificações devido às sequelas do tratamento, como sofrimento psíquico, dor e redução da força física.

Não é apenas o tratamento cirúrgico que causa efeitos físicos incapacitantes nas AVD. Após a quimioterapia, muitas mulheres ficam incapazes de andar, comer ou beber água, sofrem de fortes dores de cabeça e são incapazes de cozinhar ou cuidar dos filhos (Iddrisu et al., 2020).

O comprometimento do membro superior está intimamente ligado à capacidade funcional das mulheres em realizar as AVD's, sendo, portanto, crucial abordarmos este conceito. A capacidade funcional refere-se à habilidade de uma pessoa em realizar as atividades básicas de vida diária (AVDB's) e as atividades de vida diária instrumentais (AVDI's) de forma independente. Esta é caracterizada pela alta eficiência na execução de tarefas diárias e depende da preservação das habilidades cognitivas e motoras (Lino et al., 2008).

Segundo Fangel et al. (2013), as mulheres com cancro da mama experimentam alterações na capacidade funcional, o que resulta em limitações na realização das AVD's. No estudo de Oliveira et al. (2017), foi identificada uma prevalência de 22,8% de incapacidade funcional em mulheres com cancro da mama, demonstrando associações estatisticamente

significativas com fatores como idade, tipo de serviços médicos recebidos, lateralidade do tumor e técnica cirúrgica. Concluiu-se que mulheres mais jovens apresentam maior incapacidade funcional em comparação com idosas, assim como aquelas atendidas no serviço público em relação a clínicas privadas.

Recentemente, Lang et al. (2020), numa revisão de escopo, afirmam que a disfunção do ombro em mulheres após a cirurgia de cancro da mama está associada à redução da capacidade de realizar tarefas diárias. Entretanto, apenas 5% dos estudos utilizaram tarefas funcionais ou AVD's para avaliar a capacidade do ombro, sugerindo que futuras pesquisas devem se concentrar mais nesta área para compreender melhor o retorno ao trabalho e às AVD's. Em contraste, os resultados mais frequentemente avaliados foram amplitude de movimento e força muscular.

No mesmo ano, Viegas et al. (2020) realizaram um estudo descritivo, transversal e multicêntrico com abordagem mista, constatando que mulheres com cancro da mama apresentam alterações no descanso e sono, nas AVD's e AVDI's. As atividades mais afetadas foram tomar banho/duche, vestir e mobilidade funcional nas AVD's, e cuidar de outros, emergências e manutenção da segurança, além da gestão da habitação nas AVDI's.

Davies et al. (2018) relataram que, após o cancro da mama, mulheres frequentemente enfrentam limitações físicas no membro superior, que afetam atividades como varrer, esfregar, alcançar e vestir. Merêncio e Ventura (2020) mencionaram que as mulheres apresentam limitações funcionais devido a complicações físicas, o que impacta a execução das tarefas diárias, muitas vezes recorrendo a eletrodomésticos para ajudar nas tarefas (como usar um aspirador em vez de varrer) devido à dor ao carregar peso ou realizar tarefas que exigem força.

Outros autores, como Lourenço et al. (2020), indicam que 94% das mulheres sobreviventes ao cancro da mama apresentam algum grau de deficiência, com maiores dificuldades nas atividades de vida e participação. A perda de desempenho funcional do membro superior é identificada como o principal prejuízo funcional relacionado à cirurgia.

Mulheres mais jovens, em fase de ascensão profissional, são as mais afetadas pelo cancro da mama, observando alterações funcionais no seu cotidiano devido à doença (Mairink et al., 2020). Os tratamentos, incluindo quimioterapia, radioterapia e mastectomia com EGA, comprometem tarefas diárias que exigem movimentos repetitivos e força. A restrição de movimento do braço afeta atividades que antes eram simples, como lavar e passar roupas, limpar a casa e preparar refeições, gerando sentimentos de restrição, desamparo e inutilidade, além de comprometer a autonomia pessoal em cuidados e higiene, como vestir-se e tomar banho.

As mulheres frequentemente relatam um sentimento de incapacidade, percebendo a necessidade de ajuda para desenvolver AVD's, desde limpar a casa até cuidar das necessidades de seus dependentes, comprometendo a sua autonomia e independência. Isso demanda uma reorganização do dia a dia para atender às novas necessidades (Sandes & Montanha, 2020).

Síntese

Em resumo, as terapias de tratamento do cancro da mama, como cirurgia (conservadora, BLS, EGA, mastectomia), quimioterapia e radioterapia, podem causar inúmeros efeitos colaterais tanto a curto quanto a longo prazo. As complicações decorrentes desses tratamentos afetam as mulheres em diversos aspetos, incluindo físico, emocional, social, familiar, autoimagem, sexual, profissional e nas atividades de vida diária (AVD's).

A maneira como o diagnóstico de cancro da mama é comunicado e as opções de tratamento escolhidas têm um impacto significativo na transformação da imagem corporal (Peerawong et al., 2019). A perceção da imagem corporal varia conforme a idade, tipo de cirurgia e tratamento, influenciando a QdV, relacionamento com parceiros, sexualidade e autoestima. Durante o tratamento, as mulheres podem enfrentar mudanças como alopecia, variações de peso, mastectomia e disfunção sexual, afetando a sua atratividade e a sexualidade do casal. O parceiro também pode ser impactado por essas mudanças na imagem da mulher, influenciando a relação conjugal. Os enfermeiros estão numa posição ideal para identificar as necessidades relacionadas à imagem corporal e sexualidade dessas mulheres, oferecendo intervenções oportunas e adequadas para ajudar a estabelecer uma imagem corporal positiva.

Tradicionalmente, a família é um suporte crucial para a mulher durante o enfrentamento do cancro da mama. Essa rede de apoio, que pode incluir amigos, colegas de trabalho, cônjuges, pais, filhos, irmãos e até animais de estimação, acompanha a mulher desde o diagnóstico até o tratamento e recuperação. No entanto, a família também enfrenta uma série de desafios psicológicos, emocionais e sociais, incluindo o medo da morte, que podem resultar em desunião ou, por outro lado, em maior união familiar.

A família não apenas apoia a mulher, mas também necessita de apoio para lidar com todo o processo, tornando-se importante oferecer-lhe atenção para que possa auxiliar e ser amparada ao longo do tratamento.

Além dessas mudanças, o tratamento do cancro da mama provoca inúmeras sequelas que afetam as AVD's, desde sintomas e mudanças na aparência corporal até alterações funcionais. As limitações funcionais no braço e ombro do mesmo lado do tratamento podem restringir movimentos, dificultando tarefas domésticas e de autocuidado. Tanto a cirurgia da mama quanto o EGA são fatores de risco que comprometem o funcionamento do membro superior, afetando a capacidade da mulher de realizar tarefas que exigem movimentos repetitivos e força. Isso frequentemente leva a mulher a procurar ajuda, sentindo-se incapaz, o que compromete a sua independência e autonomia no dia a dia.

Essas alterações devem ser foco de atenção dos profissionais de saúde, pois qualquer mudança nesses níveis pode impactar o bem-estar e, consequentemente, a QdV.

A QUALIDADE DE VIDA PARA ALÉM DO CANCRO

2.1. A QUALIDADE DE VIDA DA MULHER COM CANCRO DA MAMA

Ao longo dos anos, temos observado avanços significativos na medicina, especialmente na oncologia, que transformaram o cancro numa doença crónica com tratamentos de longo prazo, aumentando as taxas de sobrevivência dos pacientes. No entanto, esses tratamentos podem impactar negativamente a QdV dos pacientes, tornando-a um dos principais focos no cuidado oncológico (Sibeoni et al., 2018).

Mulheres diagnosticadas com cancro da mama enfrentam desafios que afetam todos os aspetos das suas vidas, provocando efeitos psicológicos e físicos (Iddrisu et al., 2020). Tanto a doença quanto o seu tratamento podem impactar significativamente a saúde física, o estilo de vida e a QdV dessas mulheres (Słowik et al., 2017). Por isso, é essencial desenvolver estratégias eficazes de tratamento dentro das redes de cuidados de saúde, levando em conta a QdV (Galdino et al., 2017).

A QdV é um fator crucial no cancro da mama, pois influencia o prognóstico da doença e é aplicável na monitorização de pacientes, decisões médicas, avaliação de sinais e sintomas, além do planeamento de intervenções de suporte à saúde (Shafaie et al., 2019). Na oncologia moderna, a QdV geral é um dos principais determinantes do sucesso do tratamento, fornecendo informações sobre o impacto da doença e os efeitos do tratamento em várias áreas da vida dos pacientes (Puszczalowska-Lizis et al., 2020).

Çol e Kılıç (2019) destacam que a evidência mostra que um tratamento bem-sucedido para o cancro da mama não se resume apenas à sobrevida livre de doença em longo prazo, mas também requer uma melhor QdV. A expectativa de vida prolongada após o tratamento apoia a importância da QdV pessoal.

Nos anos 80, a OMS definiu QdV como a perceção dos indivíduos sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que vivem, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Whoqol Group, 1995). Este conceito é abrangente, combinando saúde física, estado mental, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a interação com o meio ambiente de modo complexo. A definição ressalta que a QdV é subjetiva, englobando aspetos positivos e negativos da vida, sendo multidimensional.

Durante esta pesquisa identificou-se dois tipos de QdV que se complementam, a QdV relacionada à saúde (QdVRS) e a QdV não relacionada à saúde (QdV). A QdV não relacionada à saúde refere-se à noção de QdV em indivíduos saudáveis, englobando aspetos como riqueza, autonomia, lazer e liberdade, que promovem uma rotina diária prazerosa. A QdVRS, por sua vez, é uma parte da QdV que se relaciona com a saúde, abrangendo sintomas causados pela doença e/ou tratamento, além de funções físicas, psicológicas, sociais, familiares, laborais e económicas. Em essência, a QdV é uma experiência pessoal e individual, e ao considerarmos a saúde, surge o conceito de QdVRS (Fernandes et al., 2013).

Este estudo revelou a existência de várias definições de QdV, sem um consenso universal. Isso está de acordo com a revisão de literatura feita por Lavdaniti e Tsitsis (2015), que analisaram as definições de QdV no contexto do cancro de 1985 a 2012, destacando a ênfase no bem-estar social, emocional e físico, além do impacto da saúde no cotidiano das pessoas. Além disso, há uma definição de QdV específica para sobreviventes de cancro, que, segundo K. Cheng et al. (2017), consiste em maximizar o bem-estar físico e psicossocial para uma transição bem-sucedida para padrões de vida normais. A QdV é vista como um indicador crucial e uma consequência dos tratamentos médicos (Knobf, 2011).

Desde o diagnóstico até após o tratamento do cancro da mama, qualquer alteração pode redefinir a QdV, e as sequelas são influenciadoras significativas nesse conceito. Atualmente, há uma preocupação crescente em estudar os efeitos do tratamento do cancro da mama nas mulheres e suas repercussões na QdV, refletida no aumento de revisões sobre o tema, de 29 entre 1974 e 2007 para 82 entre 2008 e 2018 (Mokhatri-Hesari & Montazeri, 2020). Esse estudo também ressalta que sintomas como ansiedade, fadiga, dor e sintomas da menopausa, muitas vezes negligenciados, podem afetar significativamente as AVD e, consequentemente, a QdV, destacando a necessidade de mais pesquisas sobre sintomas e funcionalidade reduzida em mulheres com cancro da mama e sobreviventes.

A QdV de mulheres submetidas à cirurgia de mama pode ser influenciada por muitos fatores, tanto intrínsecos quanto extrínsecos, incluindo o estilo de comunicação dos médicos e o processo de tomada de decisão (Sousa et al., 2019). Shafaie et al. (2019), em um estudo transversal descritivo e analítico, identificaram que o tempo desde o diagnóstico, estilo de vida, cuidador, estado de saúde do cuidador e satisfação conjugal são preditores da pontuação total de QdV, embora moderada. Considerar os preditores sociodemográficos pode melhorar a QdV desses pacientes. Além desses fatores, outro estudo concluiu que níveis elevados de depressão e ansiedade dificultam as mulheres com cancro da mama a lidarem com a doença, afetando a QdV na fase de sobrevivência, mesmo estando livres da doença, e relacionando ansiedade e distanciamento em relação ao apego a uma baixa QdV geral e específica (imagem corporal e problemas sexuais não se recuperam um ano após a cirurgia) em mulheres com cancro da mama (Hsiao et al., 2019).

A atividade física ou a falta dela são fatores que podem influenciar a QdV de mulheres submetidas à cirurgia de mama. Um estudo de Puszczalowska-Lizis et al. (2020) revelou que a perceção geral das mulheres pós-mastectomia sobre a QdV e a qualidade da saúde é influenciada pela atividade física. A saúde física foi considerada dependente do nível educacional no grupo de mulheres fisicamente inativas. No estudo, o domínio social da QdV foi o mais citado, enquanto o domínio da saúde física foi o menos mencionado em ambos os grupos. Mulheres fisicamente ativas relataram uma melhor QdV em comparação com as fisicamente inativas, enquanto naquelas inativas, a saúde física estava ligada ao nível de literacia, e a QdV era independente do ambiente cotidiano para ambos os grupos.

Além dos fatores já mencionados como potenciais preditores da QdV, as características físicas e funções dos membros superiores das sobreviventes de cancro da mama podem se deteriorar após a cirurgia. Zabit e Iyigun (2019) concluíram que há uma prevalência maior de discinesia escapular nesse grupo, juntamente com uma diminuição da força muscular dos membros superiores, perceção da posição articular do ombro e várias subdimensões da QdV. Isso sugere que esses aspetos devem ser abordados em avaliações de reabilitação e programas de tratamento. Chrischilles et al. (2019) reforçaram que a deficiência crónica das extremidades superiores é uma sequela comum após o tratamento do cancro da mama, especialmente em mulheres que passaram por radiação pós-mastectomia e quimioterapia, resultando numa QdV significativamente pior. A literacia em saúde pode influenciar diretamente os resultados de incapacidade crónica das extremidades superiores e a QdV entre sobreviventes, destacando a importância de práticas eficazes de reabilitação.

Recentemente, Tarkowska et al. (2021) investigaram a QdV relacionada à mastectomia e cirurgia conservadora da mama, além da abordagem axilar (biópsia ou EGA). Constatou-se que, um ano após a cirurgia, mulheres que passaram por mastectomia e EGA estavam significativamente mais propensas a estratégias de enfrentamento destrutivas. A cirurgia conservadora da mama mostrou melhores resultados de QdV, e a biópsia ganglionar axilar esteve associada a uma menor intensidade de complicações em diversas dimensões do funcionamento das mulheres, independentemente do tipo de cirurgia.

Embora a maioria dos estudos se concentre na QdV após o tratamento do cancro de mama, um estudo de Villar et al. (2017) avaliou a QdV antes e depois do tratamento. Antes do tratamento, as dimensões de perspetivas futuras e prazer sexual tiveram pontuações mais baixas, enquanto a imagem corporal e funcional receberam pontuações mais altas. No pós-tratamento, as dimensões de função física, funcional, imagem corporal, preocupações financeiras e sintomatologia pioraram, enquanto a função emocional e as perspetivas futuras melhoraram.

Nos últimos anos, temos visto a publicação de diversos artigos sobre a avaliação da QdV de mulheres submetidas à cirurgia de mama, com o objetivo de melhorar a resposta dos profissionais de saúde a essa condição, que se torna cada vez mais comum. Gostaria de compartilhar alguns desses estudos significativos.

Em 2018, Schmidt et al. avaliaram as funções e sintomas relacionados à QdV em sobreviventes de cancro da mama cinco anos após o diagnóstico e tratamento, identificando que a função cognitiva, o sono, questões sexuais, ondas de calor, dor, fadiga e polineuropatia foram afetados. Fadiga foi apontada como o maior impacto na QdV, destacando a necessidade de suporte para distúrbios da menopausa/sexuais, desempenho físico, problemas de sono, artralgia/dor, problemas cognitivos, questões de peso e fadiga.

Ligt et al. (2019) relataram que, após o tratamento do cancro da mama, a maioria dos sintomas nas mulheres estava associada à diminuição da função no dia a dia. Sintomas

musculoesqueléticos, do sistema nervoso central, gastrointestinais e fadiga impactaram negativamente a QdV.

Monteiro e Paiva (2018) conduziram um estudo epidemiológico qualitativo e concluíram que é crucial uma assistência multidisciplinar no pós-operatório, com foco na reabilitação. A mastectomia causa diversas alterações (psicológicas, sexuais, laborais, sociais e funcionais), sendo importante detetá-las precocemente para prevenir complicações futuras que possam comprometer a QdV.

A perceção de QdV varia entre as pessoas, dependendo de suas perspetivas individuais naquele momento. Estudos sobre os efeitos de exercícios na QdV após o tratamento do cancro da mama (Ergun et al., 2013; K. Cheng et al., 2017; Möller et al., 2019; Spahn et al., 2013; Zhou et al., 2019) mostram que a atividade física melhora a QdV.

Ao longo deste estudo, constatamos que a QdV é influenciada por aspetos subjetivos, que podem variar entre estudos. Por exemplo, Vieira et al. (2020) encontraram que aspetos emocionais e físicos foram os mais prejudicados após o tratamento do cancro da mama, enquanto a capacidade funcional e saúde mental foram menos afetadas.

A evidência científica indica que o tratamento do cancro da mama afeta a mulher em todas as suas dimensões, impactando a QdV, que não é estática e muda com as circunstâncias da vida, afetando também a QdV familiar e do cônjuge (Çol & Kılıç, 2019).

Recentemente, Mokhatri-Hesari e Montazeri (2020) revisaram estudos sobre QdV em mulheres com cancro da mama e definiram QdV como a perceção dessas mulheres sobre a sua saúde física, mental e social, influenciando o diagnóstico, tratamento, pós-tratamento e sobrevivência. Descobriram que a QdV melhorou na última década, mas questões como dor, linfedema, preocupações, função sexual especialmente para mulheres jovens, e perspetivas futuras requerem atenção especial. Intervenções simples, como atividade física e intervenções psicossociais, mostraram-se eficazes na melhoria da QdV.

Apesar dos avanços médicos e do foco no retorno das mulheres à vida social, profissional e familiar, as sequelas do tratamento de cancro de mama continuam a exigir intervenção para minimizar o impacto na QdV, com a atividade física e intervenções psicossociais sendo importantes aliadas na melhoria da QdV.

A evidência científica tem consistentemente mostrado que o exercício traz benefícios para a QdV. Recentemente, um estudo avaliou os efeitos de diferentes intervenções de exercícios, como atividades aquáticas, pilates e ioga, nos parâmetros de QdV em mulheres com cancro da mama durante um ano de reabilitação em ambulatório. Os resultados indicaram um aumento significativo nos indicadores de QdV em todos os grupos. Exercícios na água mostraram-se mais eficazes para melhorar o bem-estar emocional e reduzir sintomas negativos, comparados a pilates e ioga, enquanto a ioga destacou-se em melhorar o bem-estar social/familiar. No entanto, são necessários mais estudos sobre intervenções aquáticas para diferentes populações (Odynets et al., 2019).

Por outro lado, uma revisão sistemática de Lipsett et al. (2017) concluiu que, embora o exercício durante a radioterapia beneficie o controle da fadiga, não teve um

efeito significativo na melhoria da QdV. Isso ressalta a incerteza sobre o impacto do exercício domiciliar na QdV de mulheres em tratamento de cancro da mama, sublinhando a importância de avaliar essa QdV após programas de reabilitação no domicílio.

Os enfermeiros desempenham um papel crucial na avaliação do tratamento e do impacto do cancro na QdV dos pacientes. Eles devem procurar métodos e evidências novas para minimizar as sequelas multidimensionais que essa doença causa. É responsabilidade do enfermeiro ensinar, motivar e cuidar, fornecendo planos de exercícios para todos os pacientes, já que o exercício diminui os efeitos colaterais pós-operatórios e melhora a QdV (Wilson, 2017). Para melhorar a QdV dessas mulheres, é essencial uma intervenção de enfermagem especializada e personalizada que facilite a adaptação das sobreviventes de cancro da mama à nova realidade.

2.1.1. Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

A avaliação da QdV como forma de mensurar os resultados das intervenções na perspetiva do paciente tem recebido um investimento crescente. Durante anos, esforços têm sido feitos para desenvolver o instrumento ideal, como questionários, para avaliar a QdV. Esses instrumentos fornecem informações valiosas sobre o impacto da doença e os efeitos do tratamento em várias áreas da vida de um indivíduo (Puszczalowska-Lizis et al., 2020), tornando a sua mensuração essencial. Os questionários são especialmente úteis para quantificar a QdV, pois são práticos e facilmente reproduzíveis, podendo ser genéricos ou específicos.

Os instrumentos genéricos podem ser aplicados tanto a populações saudáveis quanto a doentes com diferentes patologias, avaliando o bem-estar emocional e funcionalidade geral, sem focar numa doença específica. Já os instrumentos específicos são usados para avaliar pessoas com a mesma patologia, permitindo comparações detalhadas dentro de populações homogêneas e complementando os dados obtidos com instrumentos genéricos.

Existem diversos instrumentos para avaliar a QdV em pacientes com cancro. Mokhatri-Hesari e Montazeri (2020) destacam que os instrumentos voltados para o cancro da mama melhoraram bastante, mas ainda há um longo caminho para entender o que realmente importa para essas mulheres. Entre os instrumentos genéricos mais usados estão o Short Form Health (SF-36), a versão abreviada do Questionário de Qualidade de Vida da OMS (OMS QOL-BREF), o Questionário da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro (EORTC QLQ-C30), e a Avaliação Funcional da Terapia do Cancro (FACIT), sendo os dois últimos os mais comuns. Nos específicos, destacam-se a Avaliação Funcional da Qualidade de Vida na Terapia do Cancro da Mama (FACT-B) e o EORTC QLQ-BR23.

Para pacientes em tratamento hormonal com ondas de calor, o FACT-ES e a Escala de Interferência Diária Relacionada às Ondas de Calor (HFRDIS) são aplicáveis, enquanto

a Escala de Qualidade de Vida em Sobreviventes de Cancro em Adultos é utilizada em sobreviventes. Também é mencionado em estudos recentes o novo instrumento QLQ-BR45 da EORTC, que visa avaliar o impacto e os efeitos colaterais de diferentes terapias para o cancro da mama, com 45 novos itens que refletem as recentes terapias e seus efeitos.

Estes instrumentos têm como objetivo avaliar a QdV, mas variam em propriedades psicométricas, número de itens, modo de aplicação, domínios, pontuação e escalas. Além desses, existem outros instrumentos como o Quality of Life in Adult Cancer Survivors, entre outros.

2.1.2. A intervenção do enfermeiro de reabilitação na mulher com cancro da mama

Nos últimos anos, temos observado um aumento na expectativa de vida, mas também um crescimento nos distúrbios e deficiências que afetam a população. Em 2019, mais de 1,6 bilhões de adultos entre 15 e 64 anos apresentavam condições que beneficiariam de reabilitação, destacando a importância desses serviços ao longo da vida (Cieza et al., 2020).

Doenças oncológicas, assim como outras, necessitam de reabilitação. As mulheres submetidas a cirurgia da mama são o exemplo disso. Um artigo de 2018, conclui que apesar dos benefícios conhecidos das intervenções de reabilitação para mulheres com cancro, poucos recebem esses serviços, apontando para uma falta de investimento na área (Alfano & Pergolotti, 2018). Em 2020, essa falta de investimento persistia, com a reabilitação a ser pouco priorizada, com recursos limitados e não integrada em todos os serviços de saúde. Globalmente, pelo menos um terço das pessoas necessita de reabilitação em algum momento devido a doenças ou lesões, no entanto é necessário promover a aceitação da reabilitação e todas as partes interessadas devem se unir em torno do conceito de "função", vital para a saúde das mulheres (Cieza et al., 2020).

Em fevereiro de 2021, Patricia Quigley, presidente da Association of Rehabilitation Nurses (ARN), comentou que "funcionamento" é o terceiro indicador de saúde da OMS, ao lado de morbidade e mortalidade. Tendo os enfermeiros de reabilitação o compromisso de manter, restaurar e maximizar a função para todas as idades, ao longo da vida, isto é, todos necessitam de cuidados, incluindo cuidados de reabilitação, seja pela idade, doenças crónicas, condições incapacitantes ou alterações funcionais após lesões, eles desempenham um papel vital no acesso a esses serviços. A reabilitação é um serviço essencial, para a ARN, ela permite que pessoas vivam bem com doenças crónicas ou deficiências, maximizando a função e evitando complicações.

A ARN destaca ainda, que os enfermeiros de reabilitação atuam como colaboradores, educadores, coordenadores de cuidados, defensores e agentes de mudança, trabalham com equipes multidisciplinares para desenvolver planos de cuidados abrangentes, visando restaurar a liberdade e a independência dos pacientes.

Durante e após o tratamento do cancro, disfunções e incapacidades afetam a maioria dos pacientes, existindo uma necessidade urgente de otimizar as funções gerais dos sobreviventes e reduzir as suas deficiências. Profissionais de saúde em reabilitação podem diagnosticar e tratar deficiências físicas, mentais e cognitivas, ajudando a manter ou restaurar funções, reduzir sintomas, maximizar a independência e melhorar a QdV desta população complexa (Stout et al., 2016). Estes autores recomendam integrar modelos de reabilitação do cancro no tratamento desde o diagnóstico, incorporando ferramentas de avaliação baseadas em evidências e envolvendo profissionais de reabilitação na tomada de decisões para fornecer serviços abrangentes e maximizar a função em sobreviventes de cancro.

A reabilitação oncológica deve ser centrada no paciente e orientada por objetivos, com a participação ativa dos sobreviventes e, quando apropriado, do cuidador ou membro da família (ARN, s.d.). Essa reabilitação deve ser conduzida por profissionais treinados, familiarizados com as limitações e tratamentos associados à doença, e deve adotar uma abordagem multidisciplinar. Esses profissionais concentram-se em manter e restaurar a função, reduzir sintomas, promover a independência e melhorar a QdV, sendo capacitados para identificar e tratar deficiências físicas, psicológicas e cognitivas (Silver et al., 2015).

Desde o diagnóstico até o início do tratamento, é essencial realizar avaliações físicas e psicossociais para detetar possíveis morbidades ou comprometimentos, definindo intervenções a serem implementadas, numa fase conhecida como pré-reabilitação. A pré-reabilitação visa prevenir deficiências relacionadas ao tratamento e limitações funcionais, identificando níveis funcionais e deficiências pré-existentes. Evidências sugerem que a pré-reabilitação pode melhorar resultados pós-operatórios e reduzir o tempo de internamento (Reigle et al., 2017), devendo-se considerar as evidências atuais, a situação e as preferências dos sobreviventes ao fornecer recomendações (ARN, s.d.).

Após a cirurgia do cancro da mama, há uma limitação na função do membro superior, aumentando a incidência de morbidade crónica na extremidade superior, especialmente devido à mobilidade reduzida do ombro, dor, diminuição da força muscular, linfedema e parestesias. Isso restringe as atividades de vida diária, além da participação profissional e social das mulheres, impactando negativamente a sua QdV (Zabit & Iyigun, 2019).

Essas alterações comprometem a autonomia e a capacidade de autocuidado das mulheres submetidas à cirurgia de mama. De acordo com Orem (2001), a enfermagem concentra-se na promoção do autocuidado, visto como uma capacidade reguladora ou condição humana, com características de universalidade, desenvolvimento e desvio de saúde. O autocuidado é descrito como uma função reguladora desempenhada por si ou por outra pessoa para manter bem-estar, saúde, desenvolvimento e vida. Quando realizado de maneira consciente e controlada, é considerado autocuidado. Essa teoria permite entender as condições e incapacidades de uma pessoa para realizar atividades e como pode se beneficiar da intervenção de enfermagem.

As funções do EEER alinham-se com a teoria de Orem, identificando necessidades (incapacidades), desenvolvendo, implementando e monitorizando planos de enfermagem de reabilitação especializados. Usam o seu conhecimento e experiência para intervir terapeuticamente, objetivando melhorar a função, promover a independência e proporcionar satisfação máxima (OE, 2010).

O EEER pode desempenhar um papel crucial no apoio à mulher submetida a cirurgia da mama, considerando os três tipos de sistemas de enfermagem identificados por Orem (2001):

1. **Sistema Totalmente Compensatório**: Neste sistema, o enfermeiro substitui a mulher nas atividades de autocuidado, especialmente logo após a cirurgia da mama, quando a mulher enfrenta dificuldades nas tarefas diárias devido à restrição de movimento do braço (Mairink et al., 2020). O EEER identifica as necessidades da mulher e desenvolve planos específicos para ajudá-la a superar essas limitações, implementando programas de cuidados que visam a recuperação e reintegração social (OE, 2010).
2. **Sistema Parcialmente Compensatório**: À medida que a mulher começa a recuperar alguma funcionalidade, ela precisa apenas de assistência parcial para realizar atividades de autocuidado. Neste estágio, a reabilitação é fundamental para melhorar a funcionalidade do membro superior afetado, prevenindo complicações e melhorando a QdV (Cinar et al., 2008). O EEER desempenha um papel importante ao fornecer ensino, motivação e suporte, ajudando a mulher a reassumir gradualmente suas atividades de autocuidado (OE, 2010, p.1).
3. **Sistema de Apoio/Educativo**: Neste sistema, a mulher consegue realizar o autocuidado, mas precisa de orientação e supervisão. O enfermeiro atua como um agente de autocuidado, instruindo sobre produtos de apoio e técnicas compensatórias (Petronilho, 2012). A educação e o apoio são fundamentais para capacitar a mulher a assumir mais responsabilidade pelo seu autocuidado, conforme destacado por R. Silva et al. (2018) e Mendes e Pedro (2020).

Estas intervenções ajudam a mulher a alcançar maior independência e a melhorar a sua QdV após a cirurgia da mama, com o EEER desempenhando um papel vital em cada etapa do processo de reabilitação.

O EEER desempenha um papel crucial como facilitador no processo de cuidados, podendo substituir, assistir ou orientar no autocuidado da mulher após a cirurgia da mama. Conforme a OE (2010), o EEER "implementa programas de (…) reeducação funcional motora" e "ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado" (p.3).

Um estudo recente de Ribeiro et al. (2021) reforça que o EEER utiliza o referencial teórico de Orem para orientar a sua prática, focando a capacitação efetiva para que as pessoas realizem o autocuidado. O EEER analisa holisticamente as limitações, identificando incapacidades e planeando metas para alcançar a independência e prevenir sequelas.

A enfermagem de reabilitação é vital para ajudar sobreviventes de cancro da mama a alcançar o melhor funcionamento físico, social, psicológico e vocacional. Auxilia na restauração da função, com exercícios de mobilização e alongamento melhorando a ativação muscular e amplitude de movimento, além de reduzir pressão torácica e dor (Paolucci et al., 2020). Previne complicações pós-cirúrgicas, como linfedema, aumentando a funcionalidade e capacidade de autocuidado.

Portanto, o EEER é essencial em todo o processo da doença, com conhecimentos e técnicas de reabilitação que promovem, previnem complicações, tratam e reabilitam, maximizando o potencial do indivíduo (OE, 2010). As suas intervenções incluem ensinar e treinar mulheres sobre prevenção de linfedema e exercícios para aumentar a funcionalidade e o autocuidado.

A reabilitação, como especialidade multidisciplinar, envolve um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que ajudam indivíduos com doenças agudas, crónicas ou suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais incluem melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação pessoal, contribuindo assim para a preservação da autoestima (OE, 2010, p.1).

Camões et al. (2015) destacam que os EEER implementam intervenções para aumentar a adaptabilidade, prevenir complicações cirúrgicas, maximizar a função e ajudar mulheres a manter, restaurar ou melhorar suas capacidades funcionais. Eles capacitam mulheres que passaram por cirurgia da mama nos aspetos cognitivos, físicos, emocionais, sociopsicológicos e comportamentais, contribuindo para a sua autonomia, independência e melhor QdV. Os EEER também desempenham um papel crucial na promoção do autocuidado em mulheres mastectomizadas, utilizando os seus conhecimentos e habilidades para prestar assistência integral, precoce e holística, potencializando o seu ajuste adaptativo.

Os enfermeiros discutem o potencial comprometimento da QdV dos pacientes, enfatizando a importância da educação, considerando fatores que influenciam a QdV (cultura, idade, diagnóstico, ambiente, questões sociais, fatores sociodemográficos, fadiga, dor, etc.). Eles auxiliam as pacientes a lidar com os efeitos colaterais da terapia e as mudanças que dela decorrem. Evidências mostram que enfermeiros desempenham um papel essencial na melhoria da QdV através de intervenções não invasivas, como aconselhamento, intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e educacionais.

Avaliar a QdV (de pacientes e cuidadores) deve fazer parte integral dos cuidados de enfermagem, assim como planear o atendimento com base nas necessidades individuais. Os enfermeiros ensinam pacientes e as suas famílias que o cancro, sendo uma doença crónica, afeta todas as dimensões do ser humano, incluindo a QdV. Um dos objetivos dos cuidados de enfermagem é melhorar a QdV, ajudando, assim, as pacientes na recuperação ou oferecendo-lhes conforto numa morte pacífica. No entanto, ainda há necessidade de desenvolver intervenções que ofereçam suporte a pacientes e familiares (Lavdaniti, 2015).

A reabilitação visa a maior independência possível e uma melhor QdV, gerenciando deficiências, reduzindo sequelas e sintomas, e aumentando a participação e reintegração

social. As intervenções de reabilitação devem ser personalizadas, considerando a fase da doença, déficits funcionais, necessidades pessoais e objetivos específicos, iniciando-se precocemente para manter a capacidade funcional e reduzir o risco de perda de habilidades ou independência importantes (Amatya et al., 2017).

Diversos estudos demonstram os benefícios da reabilitação na mobilidade do membro superior, melhorando a força e amplitude de movimento (De Groef et al., 2015; Möller et al., 2019; Singh et al., 2018), diminuindo a dor (Alpozgen et al., 2017; De Groef et al., 2015; Fischer et al., 2015; Möller et al., 2019), reduzindo a fadiga (Juvet et al., 2017; Möller et al., 2019; Singh et al., 2018; van Vulpen et al., 2016), melhorando a QdV (Möller et al., 2019; Singh et al., 2018; Zeng et al., 2014) e diminuindo limitações nas AVDs (Jare & Malawade, 2021). Pode ser iniciada precocemente (Chan et al., 2020; De Groef et al., 2015; Teodózio et al., 2020) e não causa efeitos adversos (Cinar et al., 2008; Galantino & Stout, 2013; Teodózio et al., 2020).

Quando iniciada precocemente, ajuda a reduzir a dor, melhorar a força e a flexibilidade, minimizando restrições nas AVD´s e melhorando a QdV (Jare & Malawade, 2021). O exercício é benéfico para melhorar resultados de saúde física, fisiológica e psicológica, bem como mudanças comportamentais em mulheres (Chung et al., 2013).

Um estudo recente de Teodózio et al. (2020) mostrou que a reabilitação com exercícios de amplitude de movimento desde o primeiro dia pós-operatório não aumentou a incidência de complicações de feridas em comparação com exercícios de amplitude restrita.

Recentemente, muitos estudos de revisão têm sido publicados sobre a reabilitação de mulheres com cancro da mama, procurando determinar a eficácia dos programas de reabilitação e exercícios após cirurgia da mama.

A revisão de literatura de Leonel et al. (2021), que analisou a reabilitação no tratamento do cancro da mama e as suas principais complicações pós-operatórias de 1999 a 2009, destacou a importância da reabilitação, incluindo cinesioterapia, exercícios respiratórios, massagem, drenagem linfática e enfaixamentos compressivos após mastectomia. Essas intervenções melhoram a QdV, promovendo o bem-estar físico e emocional e facilitando a reintegração social ao prevenir complicações, reduzindo o tempo de recuperação e o retorno às atividades diárias.

Ferreira et al. (2014), em uma revisão sistemática de 2000 a 2014, concluíram que a reabilitação pós-mastectomia previne complicações e sequelas, diminuindo dor e linfedema, prevenindo atrofias e aderências, e melhorando a funcionalidade, o que resulta em melhor QdV para essas mulheres.

Silva et al. (2015), numa revisão da literatura de 2004 a 2013, demonstraram que a reabilitação pós-mastectomia é eficaz na prevenção, tratamento e minimização dos efeitos adversos relacionados à doença, com foco na prevenção de complicações, orientações domiciliares e intervenção precoce, visando o retorno funcional das articulações,

especialmente o ombro. Isso melhora a QdV das mulheres e facilita a sua readaptação e reintegração social.

De Groef et al. (2015) analisaram a eficácia de várias modalidades de reabilitação pós-operatória até outubro de 2012, concluindo que os exercícios ativos são eficazes no tratamento da dor e na amplitude de movimento, mas o tempo e conteúdo dos programas de exercício ainda requerem mais investigação.

Venâncio e Gardenghi (2019) numa revisão de estudos de 1994 a 2016, concluíram que a reabilitação melhora a capacidade funcional do membro operado e elimina sequelas psicológicas, estimulando o envolvimento das pacientes na sua recuperação. A cinesioterapia precoce, com exercícios ativos, tem um impacto positivo significativo na vida das pacientes.

A revisão de Estevão et al. (2018) analisou o impacto da mobilização imediata versus tardia no pós-operatório de cirurgia de cancro da mama. Concluíram que, com a evolução das técnicas cirúrgicas, a mobilização precoce não influencia negativamente a incidência de complicações, e exercícios de amplitude de movimento livre logo após a cirurgia são recomendados.

Os EEER possuem conhecimentos e técnicas baseadas em evidências para cuidar de mulheres submetidas à cirurgia de mama, que é destacado por estudos recentes no papel desses enfermeiros na reabilitação oncológica, enfatizando a sua importância na maximização do potencial adaptativo e funcional das pacientes.

Santos (2013) conduziu um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com o objetivo de entender como o plano de cuidados em enfermagem de reabilitação contribui para o processo de transição de mulheres mastectomizadas. O estudo pretendeu compreender o papel do EEER nesse processo e identificar quais cuidados de enfermagem facilitam essa transição. A investigadora destacou que o conhecimento do diagnóstico marca o início de uma transição para saúde/doença, um processo difícil caracterizado por emoções e sentimentos negativos. O impacto da cirurgia reflete-se nos níveis físico, familiar e profissional, e a maioria das mulheres sente-se ajustada às novas condições de saúde, indicando uma transição saudável. As participantes consideraram o plano de cuidados adaptado às suas necessidades, destacando o plano de exercícios, apoio emocional e instrução como os aspetos mais valorizados. Concluiu-se que os cuidados de enfermagem de reabilitação facilitaram a transição dessas mulheres.

Camões et al. (2015) realizaram um estudo qualitativo com EEER para compreender as intervenções aplicadas a mulheres mastectomizadas. Eles concluíram que as intervenções visam aumentar a adaptabilidade, prevenir complicações, maximizar a função e capacitar as mulheres nas áreas cognitiva, física, emocional e psicossocial, contribuindo para a sua autonomia e independência, e melhorando a QdV.

Uma revisão de literatura por Rodrigues e Gomes (2017a) destacou que as intervenções de enfermagem de reabilitação em mulheres submetidas a cirurgia de mama

focam-se na educação para a saúde, promoção do autocuidado, identificação de barreiras à adesão, estratégias preventivas para manter a QdV e redução de complicações. A intervenção multidisciplinar e o papel do enfermeiro são fundamentais para promover o autocuidado, prevenir o linfedema e incentivar exercícios ativos.

Rodrigues e Gomes (2017b), num outro estudo qualitativo, demonstraram que um programa de reabilitação melhora significativamente a mobilidade do ombro e as atividades diárias após a mastectomia com EGA. Concluíram que há uma mudança de paradigma no cuidado, com planos holísticos que promovem ganhos em saúde, destacando o papel crucial do enfermeiro de reabilitação.

Merêncio e Ventura (2020) investigaram a experiência de mulheres mastectomizadas em casa que relataram limitações físicas, dificuldades nas tarefas cotidianas e sentimentos de medo e revolta e a importância da intervenção dos enfermeiros de reabilitação, sendo o papel do enfermeiro considerado fundamental na recuperação funcional e aceitação da imagem corporal, reforçando a necessidade de programas de reabilitação personalizados.

Estes estudos demonstram a importância das intervenções de enfermagem de reabilitação na recuperação e melhoria da QdV de mulheres mastectomizadas, destacando o papel do enfermeiro em oferecer suporte integral e personalizado.

Síntese

Podemos afirmar que a reabilitação é crucial ao longo da vida, com o EEER a desempenhar um papel fundamental nesse processo. Ele possui competências específicas no cuidado de pessoas ao longo da sua vida, capacitando-as e maximizando o seu potencial funcional. Para sobreviventes de cancro da mama, a reabilitação é vital desde o diagnóstico (pré-reabilitação), passando pela intervenção precoce, recuperação, manutenção e maximização da função.

O EEER detém conhecimentos e técnicas fundamentadas em evidências sobre fisiopatologia, tratamentos e as suas sequelas, permitindo a implementação de intervenções que visem a prevenção e tratamento de complicações, redução dos sintomas e capacitação das mulheres nas áreas cognitiva, física, psicossocial e comportamental. Isso contribui para a independência, autonomia e melhoria das atividades diárias e QdV.

A intervenção do EEER inclui ensinar, instruir e treinar mulheres submetidas à cirurgia de mama sobre o risco de desenvolver linfedema e exercícios que aumentam a funcionalidade e capacidade de autocuidado, utilizando o membro superior afetado pela cirurgia. O EEER adota uma visão holística das mulheres e das suas famílias, avaliando as suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, e a sua adaptação à nova situação. Ele elabora, implementa e avalia planos de cuidados personalizados.

O EEER faz parte de uma equipe multidisciplinar envolvida no cuidado destas pacientes, encaminhando-as e as suas famílias para outras especialidades, como terapia ocupacional, psicologia, serviço social e nutrição, sempre que necessário.

CONCLUSÃO

O cancro da mama é o tipo mais comum na União Europeia, com maior incidência entre os 45 e 69 anos. Os avanços na deteção, diagnóstico e tratamento têm aumentado a taxa de sobrevivência das mulheres afetadas. No entanto, os tratamentos ainda causam mudanças significativas na vida diária das pacientes. A cirurgia da mama é amplamente utilizada, mas dependendo do tipo de tumor, deteção tardia ou disseminação, pode ser necessário recorrer a abordagens além da cirurgia conservadora ou mastectomia, incluindo o EGA. Quando a cirurgia envolve EGA, há um risco maior de deficiências no braço e ombro, como redução da amplitude de movimento, diminuição da força muscular, dor, linfedema e dificuldades em atividades diárias (Hidding et al., 2014). Além disso, existem reações adversas na mama e membro superior, efeitos colaterais do tratamento e redução da QdV em diversas dimensões funcionais (Tarkowska et al., 2021).

A intervenção em enfermagem de reabilitação é vital neste contexto, mas há escassez de evidências sobre a frequência, intensidade, tipo específico de exercício e duração do tratamento, indicando a necessidade de mais estudos sobre a eficácia de programas de reabilitação precoce (Ribeiro et al., 2019). Também há falta de investigação e investimento no desenvolvimento de programas específicos de reabilitação para mulheres com cancro da mama (Muller et al., 2018). Recentemente, McGhee e Steele (2021) enfatizaram a necessidade de maior investimento nesta área, apontando deficiências na reabilitação física oferecida para efeitos colaterais específicos e no acesso a cuidados adequados após todos os tipos de cirurgia de cancro da mama.

No contexto dos cuidados, os enfermeiros de reabilitação podem melhorar a QdV, promovendo ganhos em saúde e ajudando as mulheres a se adaptarem à sua nova condição. Recomenda-se maior investimento em reabilitação, especialmente na enfermagem de reabilitação, para prevenir e tratar complicações pós-cirúrgicas, por meio de programas específicos que podem ser implementados tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares, promovendo a articulação entre a equipe hospitalar e os cuidados primários.

Para que a reabilitação seja eficaz, ela deve começar precocemente, com a adesão das mulheres aos programas recomendados. A participação ativa dos enfermeiros e dos EEER é crucial para o empoderamento das pacientes. A equipe multidisciplinar deve preparar cuidadosamente o retorno para casa, fornecendo informações claras e abrangentes.

É urgente uma mudança no paradigma de assistência às mulheres submetidas a cirurgia da mama, promovendo uma abordagem multiprofissional e multiorganizacional focada na reabilitação e recuperação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C. (2020). Dados epidemiológicos. In I. Fernandes & P. Cortes (Coords.), *Manual de oncologia SPO: Aborda e tratamento do cancro da mama* (pp. 11-20). https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/manual_oncologia_spo.pdf

Aerts, L., Christiaens, M., Enzlin, P., Neven, P., & Amant, F. (2014). Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. *The Breast, 23*(5), 629-636. https://doi.org/10.1016/j.breast.2014.06.012

Akram, M., Iqbal, M., Daniyal, M., & Khan, A. U. (2017). Awareness and current knowledge of breast cancer. *Biological Research, 50*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s40659-017-0140-9

Alfano, C. M., & Pergolotti, M. (2018). Next-generation cancer rehabilitation: A giant step forward for patient care. *Rehabilitation Nursing Journal, 43*(4), 186-194. https://doi.org/10.1097/rnj.0000000000000174

Al-Gaithy, Z. K., Yaghmoor, B. E., Koumu, M. I., Alshehri, K. A., Saqah, A. A., & Alshehri, H. Z. (2019). Trends of mastectomy and breast-conserving surgery and related factors in female breast cancer patients treated at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, 2009-2017: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery, 41*, 47-52. https://doi.org/10.1016/j.amsu.2019.03.012

Alhusban, R. Y. (2019). Changed body image as perceived by jordanian women undergoing breast cancer treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 20*(3), 767-773. https://doi.org/10.31557/apjcp.2019.20.3.767

Almeida, T. G., Comassetto, I., Alves, K. M., Santos, A. A., Silva, J. M., & Trezza, M. C. (2015). Experience of young women with breast cancer and mastectomized. *Escola Anna Nery, 19*(3), 432-438.https://www.scielo.br/j/ean/a/sLpQr93tLPSw3HXhP3dZWdG/?lang=en&format=pdf

Alpozgen, A. Z., Ozdincler, A. R., Karanlik, H., Agaoglu, F. Y., & Narin, A. (2017). Effectiveness of pilates-based exercises on upper extremity disorders related with breast cancer treatment. *European Journal of Cancer Care, 26*(6), e12532. https://doi.org/10.1111/ecc.12532

Amatya, B., Khan, F., & Galea, M. P. (2017). Optimizing post-acute care in breast cancer survivors: A rehabilitation perspective. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 10*, 347-357. https://doi.org/10.2147/JMDH.S117362

American Cancer Society. (2019). *Surgery for breast cancer*. https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html

Araújo, T., Rodrigues, B., Maia, R., & Maia, E. (2016). Aspectos psicossociais do câncer de mama feminino: Revisão da literatura. *Saúde e Desenvolvimento Humano, 4*. https://doi.org/10.18316/2317-8582.16.38

Araújo, V. S., Pereira, R. M., Souza, L. O., Almeida, M. G., Almeida, L. S., Reis, M. H., Portugal, J. K., Reis. T. C., Júnior, J. C., & Gomes, A. P. (2020). A perspectiva da autoimagem e sexualidade de mulheres mastectomizadas: Revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 52*, e3618-e3618. https://doi.org/10.25248/reas.e3618.2020

Assis, M. R., Marx, A. G., Magna, L. A., & Ferrigno, I. S. (2013). Late morbidity in upper limb function and quality of life in women after breast cancer surgery. *Brazilian Journal of Physical Therapy, 17*(3), 236-243. https://doi.org/10.1590/s1413-35552012005000088

Association of Rehabilitation Nurses. (2021). *Notícias de última hora e implicações globais para o escopo de influência da ARN: Amplie sua voz*. https://rehabnurse.org/rehab-nursing-specialty/global-breaking-news-and-implications-for-arn-s-scope-of-influence-scale-up-your-voice

Association of Rehabilitation Nurses. (s.d.). *Rehabilitation nurses play a variety of roles*. https://rehabnurse.org/about/roles-of-the-rehab-nurse

Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., Vargas, P., Prokopenko, T., Santos, A. J., Namorado, S., Gil, A. P., Alves, C. A., Castilho, E., Cordeiro, E., Dinis, A., Nunes, B., & Dias, C. M. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de saúde*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4115/3/1_INSEF_relat%c3%b3rio_estado-de-saude.pdf

Barros, A. E., Conde, C. R., Lemos, T. M., Kunz, J. A., & Ferreira, M. L. (2018). Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. *Revista de Enfermagem UFPE on line, 12*(1), 102-111. https://periodicos.ufpe. br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23520/25902

Batista, K. A., Merces, M. C., Santana, A. I., Pinheiro, S. L., Lua, I., & Oliveira, D. S. (2017). Feelings of women with breast cancer after mastectomy. *Journal of Nursing UFPE on line, 11*(7), 2788-2794. https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/ 23454/19167

Batista, M. G., Andrade, S. S., Cabral, M. R., Brito, K. K. Gomes, K. K., & Almeida, C. B. (2018). Fatores de risco, manifestações clínicas e histopatológicas do câncer de mama entre mulheres jovens. *Enfermagem Brasil, 17*(5), 480-489. https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1433/4136

Belmonte, R., Messaggi-Sartor, M., Ferrer, M., Pont, A., & Escalada, F. (2018). Prospective study of shoulder strength, shoulder range of motion, and lymphedema in breast cancer patients from pre-surgery to 5 years after ALND or SLNB. *Supportive Care in Cancer, 26*(9), 3277-3287. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4186-1

Boquiren, V. M., Esplen, M. J., Wong, J., Toner, B., Warner, E., & Malik, N. (2016). Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psycho-Oncology, 25*(1), 66-76. https://doi.org/10.1002/pon.3819

Boughey, J. C., Attai, D. J., Chen, S. L., Cody, H. S., Dietz, J. R., Feldman, S. M., Greenberg, C. C., Kass, R. B., Landercasper, J., Lemaine, V., MacNeill, F., Song, D. H., Staley, A. C., Wilke, L. G., Willey, S. C., Yao, K. A., & Margenthaler, J. A. (2016). Contralateral prophylactic mastectomy (CPM) consensus statement from the American Society of Breast Surgeons: data on CPM outcomes and risks. *Annals of Surgical Oncology, 23*(10), 3100-3105. https://doi.org/10.1245/s10434-016-5443-5

Brandão, T., Pedro, J., Nunes, N., Martins, M. V., Costa, M. E., & Matos, P. M. (2017). Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology, 26*(12), 2019-2029. https://doi.org/10.1002/pon.4432

Brookham, R. L., Cudlip, A. C., & Dickerson, C. R. (2018). Examining upper limb kinematics and dysfunction of breast cancer survivors in functional dynamic tasks. *Clinical Biomechanics, 55*, 86-93. https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2018.04.010

Camões, M. J., Gomes, B., & Pinto, C. (2015). A mulher mastectomizada: Enfermeiro de reabilitação na promoção do autocuidado. *Onco.News, 8*(9), 14-22. https://www.onco.news/wp-content/uploads/2019/03/91-art.pdf

Campbell-Enns, H. J., & Woodgate, R. L. (2017). The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: A systematic review. *Psycho-Oncology, 26*(11), 1711-1721. https://doi.org/10.1002/pon.4281

Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I., Zackrisson, S., & Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology, 30*(8), 1194-1220. https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)31287-6/pdf

Chan, K. S., Zeng, D., Leung, J. H., Ooi, B. S., Kong, K. T., Yeo, Y. H., Goo, J. T., & Chia, C. L. (2020). Measuring upper limb function and patient reported outcomes after major breast cancer surgery: A pilot study in an Asian cohort. *BMC Surgery, 20*(1), 108. https://doi.org/10.1186/s12893-020-00773-0

Chatterjee, A., Pyfer, B., Czerniecki, B., Rosenkranz, K., Tchou, J., & Fisher, C. (2015). Early postoperative outcomes in lumpectomy versus simple mastectomy. *Journal of Surgical Research, 198*(1), 143-148. https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.01.054

Cheng, K. K., Lim, Y. T., Koh, Z. M., & Tam, W. W. (2017). Home-based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev, 8*(8), Cd011152. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011152.pub2

Cheng, Y.-J., Nie, X.-Y., Ji, C.-C., Lin, X.-X., Liu, L.-J., Chen, X.-M., Yao, H., & Wu, S.-H. (2017). Long-term cardiovascular risk after radiotherapy in women with breast cancer. *Journal of the American Heart Association, 6*(5), e005633. https://doi.org/10.1161/JAHA.117.005633

Chrischilles, E. A., Riley, D., Letuchy, E., Koehler, L., Neuner, J., Jernigan, C., Gryzlak, B., Segal, N., McDowell, B., Smith, B., Sugg, S. L., Armer, J. M., & Lizarraga, I. M. (2019). Upper extremity disability and quality of life after breast cancer treatment in the Greater Plains Collaborative clinical research network. *Breast Cancer Research and Treatment, 175*(3), 675-689. https://doi.org/10.1007/s10549-019-05184-1

Chung, C., Lee, S., Hwang, S., & Park, E. (2013). Systematic review of exercise effects on health outcomes in women with breast cancer. *Asian Nursing Research, 7*(3), 149-159. https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.07.005

Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease Study 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 396*(10267), 2006-2017. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0

Cinar, N., Seckin, Ü., Keskin, D., Bodur, H., Bozkurt, B., & Cengiz, Ö. (2008). The effectiveness of early rehabilitation in patients with modified radical mastectomy. *Cancer Nursing, 31*(2), 160-165. https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305696.12873.0e

Coelho, A., Catalão, P., & Nunes, N. (2019). Doenças não transmissíveis em Portugal: Desafios e oportunidades. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, (Supl. 1)*, 17-21. https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/317/265

Çol, B. K., & Kılıç, D. (2019). The effects of the training program and counseling program given to women who underwent a mastectomy and spouses. *Journal of Cancer Education, 34*(6), 1074-1082. https://doi.org/10.1007/s13187-018-1410-0

Cornell, L. F., Mussallem, D. M., Gibson, T. C., Diehl, N. N., Bagaria, S. P., & McLaughlin, S. A. (2017). Trends in sexual function after breast cancer surgery. *Annals of Surgical Oncology, 24*(9), 2526-2538. https://doi.org/10.1245/s10434-017-5894-3

Costa, A. M., Pereira, É. R., Vasconcelos, T. B., Farias, M. S., Praça, L. R., & Bastos, V. P. (2015). Mulheres e a mastectomia: Revisão literária*. Revista de Atenção à Saúde, 13*(44), 58-63. https://doi.org/10.13037/rbcs.vol13n44.2713

Costa, R. S., Lima, R. S., Félix, T. C., Mota, T. M., Tavares, E. A., Queiroz, G. J., & Pereira, E. P. (2020). Sentimentos e expectativas de mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama. *Journal Health NPEPS, 5*(1), 290-305. https://periodicos.unemat.br/index. php/jhnpeps/article/view/4119

Covinsky, K. (2006). Aging, arthritis, and disability. *Arthritis Care & Research, 55*(2), 175-176. https://doi.org/10.1002/art.21861

Çürük, G. N., Kartin, P. T., & Şentürk, A. (2020). A Survey of social support and psychosocial compliance in patients with breast cancer. *Archives of Nursing Practice and Care, 6*(1), 013-018. https://www.peertechzpublications.com/articles/ANPC-6-143.pdf

Dafni, U., Tsourti, Z., & Alatsathianos, I. (2019). Breast cancer statistics in the European Union: Incidence and survival across European countries. *Breast Care, 14*(6), 344-353. https://doi.org/10.1159/000503219

Davies, C. C., Lengerich, A., Bugajski, A., & Brockopp, D. (2018). Detecting change in activity using the Patient-Specific Functional Scale with breast cancer survivors. *Rehabilitation Oncology, 36*(2), 117-122. https://doi.org/10.1097/01.Reo.0000000000000080

Davis, C., Tami, P., Ramsay, D., Melanson, L., MacLean, L., Nersesian, S., & Ramjeesingh, R. (2020). Body image in older breast cancer survivors: A systematic review. *Psycho-Oncology, 29*(5), 823-832. https://doi.org/10.1002/pon.5359

De Groef, A., Meeus, M., De Vrieze, T., Vos, L., Van Kampen, M., Christiaens, M.-R., Neven, P., Geraerts, I., & Devoogdt, N. (2017). Pain characteristics as important contributing factors to upper limb dysfunctions in breast cancer survivors at long term. *Musculoskeletal Science and Practice, 29*, 52-59. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2017.03.005

De Groef, A., van Kampen, M., Dieltjens, E., Christiaens, M.-R., Neven, P., Geraerts, I., & Devoogdt, N. (2015). Effectiveness of postoperative physical therapy for upper-limb impairments after breast cancer treatment: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96*(6), 1140-1153. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.01.006

Dias, L. V., Muniz, R. M., Viegas, A. C., Cardoso, D. H., Amaral, D. E., & Pinto, B. K. (2017). Mulher mastectomizada por câncer de mama: Vivência das atividades cotidianas. *Revista Pesquisa, Cuidado é Fundamental 9*(4), 1074-1080. http://seer.unirio. br/cuidadofundamental/article/view/5821/pdf

Direção-Geral da Saúde, & Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde. (2018). *Portugal: The Nation's Health 1990-2016: Uma visão geral dos resultados do Global Burden of Disease Study* 2016. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/22502

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças oncológicas 2017*. Autor.

Drost, L., Li, N., Vesprini, D., Sangha, A., Lee, J., Leung, E., Rakovitch, E., Yee, C., Chow, E., & Ruschin, M. (2018). Prospective study of breast radiation dermatitis. *Clinical Breast Cancer, 18*(5), e789-e795. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2018.03.008

Ergun, M., Eyigor, S., Karaca, B., Kisim, A., & Uslu, R. (2013). Effects of exercise on angiogenesis and apoptosis-related molecules, quality of life, fatigue and depression in breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care, 22*(5), 626-637. https://doi.org/10.1111/ecc.12068

Estevão, A., Mendes, A. F., da Silva, M. L., Ventura, P. L., Biagi, A. C., & Cunha, M. C. (2018). Exercícios imediatos versus exercícios tardios no pós-operatório de cirurgias oncomamárias: Limitação ou liberação da amplitude de movimento? *Revista Brasileira de Cancerologia, 64*(4), 551-560. https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/205/136

Ettrich, B. G. (2011). *Excesso de peso, adipocinas séricas e moléculas de adesão celular em mulheres com e sem câncer de mama*. Dissertação de pós-graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/35891/000794633.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Eugenia, M., Sanganai, K., & Herbert, Z. (2019). Psychosocial challenges affecting women survivors of breast cancer. A case of gweru, Zimbabwe. *International Journal of Education & Psychology in the Community, 9*, (1/2), 92-118. http://www.marianjournals.com/files/IJEPC_articles/Vol_9_no_1_and_2_2019/Zirima_et_al_IJEPC_2019_9_1_2_92_118.pdf

Fangel, L. M., Panobianco, M. S., Kebbe, L. M., Almeida, A. M., & Gozzo, T. O. (2013). Qualify of life and daily activities performance after breast cancer treatment. *Acta Paulista de Enfermagem, 26*(1), 93-100. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000100015

Fazzino, T. L., Hunter, R. C., Sporn, N., Christifano, D. N., & Befort, C. A. (2017). Weight fluctuation during adulthood and weight gain since breast cancer diagnosis predict multiple dimensions of body image among rural breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, 26*(3), 392-399. http://dx.doi.org/10.1002/pon.4035

Fekih-Romdhane, F., Henchiri, H., Ridha, R., Labbane, R., & Cheour, M. (2019). Niveau de détresse psychologique et de fardeau perçu chez les conjoints de femmes atteintes d’un cancer du sein. *L’Encéphale, 45*(2), 190-192. https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.003

Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D., Piñeros, M., Znaor, A., & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer, 144*(8), 1941-1953. https://doi.org/10.1002/ijc.31937

Fernandes, R., Fernandes, C., Costa, S., Eduardo, P., & Aguiar, F. (2013). Qualidade de vida em oncologia. *Journal of Aging & Innovation, 2*(33), 03-15. http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/Julho-2013.pdf

Ferreira, T. C., Oliveira, E. S., & Teixeira, E. S. (2014). Atuação da fisioterapia no pós-operatório de mastectomia. Revisão sistemática. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 12*(2), 765-776. http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1533

Ferreira, V. S., Salazar, V., Peruchi, R. C., Donelli, T. M., & Castro, E. K. (2015). Vivências emocionais e perspectivas de futuro em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Hospitalar, 13*(1), 42-63. http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v13n1/13n1a04.pdf

Fischer, M. J., Krol-Warmerdam, E. M., Ranke, G. M., Vermeulen, H. M., Van der Heijden, J., Nortier, J. W., & Kaptein, A. A. (2015). Stick together: A nordic walking group intervention for breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology, 33*(3), 278-296. https://doi.org/10.1080/07347332.2015.1020465

Fonte, C., & Andrade, F. (2017). Significados da doença, morte e perdão em mulheres com cancro da mama1. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 19*(1), 65-80. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996294

Franco, M. G., Vidotti, J. F., & Furtado, M. (2018). A sexualidade de mulheres com câncer de mama: Uma revisão integrativa. *Psicologia - Saberes & Práticas 1*(2), 71-82. https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/psicologiasaberes&praticas/sumario/64/16012019154244.pdf

Galantino, M. L., & Stout, N. L. (2013). Exercise interventions for upper limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Physical Therapy, 93*(10), 1291-1297. https://doi.org/10.2522/ptj.20120049

Galdino, A. R., Pereira, L. A., Neto, S. B., Souza, C. B., & Amorim, M. H. (2017). Quality of life of mastectomized women enrolled in a rehabilitation program. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 9*(2), 451-458. https://www.redalyc.org/pdf/5057/505754109021.pdf

Garcia, S. N., Jacowski, M., Castro, G. C., Galdino, C., Guimarães, P. R., & Kalinke, L. P. (2015). Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 36*(2), 89-96. https://www.scielo. br/j/rgenf/a/mjNgNnx95nRJhgwDwqNcYyw/?format=pdf&lang=pt

Ghaemi, S. Z., Keshavarz, Z., Tahmasebi, S., Akrami, M., & Heydari, S. T. (2019). Conflicts women with breast cancer face with: A qualitative study. *Journal of Family Medicine and Primaire Care, 8*(1), 27-36. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_272_18

Ghahari, S., Fallah, R., Behnam, L., Rad, M. M., Farrokhi, N., & Ghayoomi, R. (2018). Preoccupations and worries in women with breast cancer: A qualitative study. *Journal of Pharmaceutical Research International, 24*(2), 1-7. https://doi.org/10.9734/JPRI/2018/40229

Ginter, A. C., & Braun, B. (2019). Social support needs of breast cancer patients without partners. *Journal of Social and Personal Relationships, 36*(1), 43-62. https://doi.org/10.1177/0265407517718390

Ginter, A. C., & Radina, M. E. (2019). “I was there with her”: Experiences of mothers of women with breast cancer. *Journal of Family Nursing, 25*(1), 54-80. https://doi.org/10.1177/1074840718816745

GLOBOCAN.(2020).*620-portugal-fact-sheets*.https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets /populations/620-portugal-factsheets.pdf

Głowacka-Mrotek, I., Tarkowska, M., Nowikiewicz, T., Siedlecki, Z., Zegarski, W., & Hagner, W. (2018). Evaluation of distant sequelae of breast cancer treatment among patients after breast-conserving surgery depending on the type of intervention in the axillary fossa. *Contemporary Oncology, 22*(4), 240-246. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6377421/pdf/WO-22-82643.pdf

Godinho, V. R., & Arruda, A. L. (2018). A influência do suporte familiar no processo de recuperação de mulheres com câncer de mama. *Revista FAROL, 7*(7), 5-21.

Götze, H., Friedrich, M., Brähler, E., Romer, G., Mehnert, A., & Ernst, J. (2017). Psychological distress of cancer patients with children under 18 years and their partners: A longitudinal study of family relationships using dyadic data analysis. *Supportive Care in Cancer, 25*(1), 255-264. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3411-z

Gu, J., Groot, G., Boden, C., Busch, A., Holtslander, L., & Lim, H. (2018). Review of factors influencing women's choice of mastectomy versus breast conserving therapy in early stage breast cancer: A systematic review. *Clinical Breast Cancer, 18*(4), e539-e554. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2017.12.013

Gürsoy, A., Koçan, S., & Aktuğ, C. (2017). Nada é mais importante do que a saúde do meu parceiro: Perspectivas dos homens turcos sobre a aparência do parceiro após mastectomia e alopecia. *Revista Europeia de Enfermagem Oncológica, 29*, 23-30. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.006

Hajian, S., Mehrabi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP, 18*(1), 215. https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.1.215

Hidding, J. T., Beurskens, C. H., van der Wees, P. J., van Laarhoven, H. W., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. (2014). Treatment related impairments in arm and shoulder in patients with breast cancer: A systematic review. *PloS One, 9*(5), e96748. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096748

Hieken, T. J., & Boughey, J. C. (2016). Contralateral prophylactic mastectomy and its impact on quality of life. *Gland Surgery, 5*(4), 439. https://doi.org/10.21037/gs.2016.05.05

Holst-Hansson, A., Idvall, E., Bolmsjö, I., & Wennick, A. (2017). Hoping to reach a safe haven-Swedish families' lived experience when a family member is diagnosed with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 31*, 52-58. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.10.003

Howes, B. H., Watson, D. I., Xu, C., Fosh, B., Canepa, M., & Dean, N. R. (2016). Quality of life following total mastectomy with and without reconstruction versus breast-conserving surgery for breast cancer: A case-controlled cohort study. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 69*(9), 1184-1191. https://doi.org/10.1016/j.bjps.2016.06.004

Hsiao, F. H., Kuo, W. H., Jow, G. M., Wang, M. Y., Chang, K. J., Lai, Y. M., Zhen, Y.-T., . . . Huang, C. S. (2019). The changes of quality of life and their correlations with psychosocial factors following surgery among women with breast cancer from the post-surgery to post-treatment survivorship. *Breast, 44*, 59-65. https://doi.org/10.1016/j.breast.2018.12.011

Hubbeling, H. G., Rosenberg, S. M., González-Robledo, M. C., Cohn, J. G., Villarreal-Garza, C., Partridge, A. H., & Knaul, F. M. (2018). Psychosocial needs of young breast cancer survivors in Mexico City, Mexico. *Plos One, 13*(5), e0197931. https://doi.org/10.1371/journal.pone. 0197931

Iddrisu, M., Aziato, L., & Dedey, F. (2020). Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: A qualitative study. *BMC Psychiatry, 20*(1), 353. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02760-4

İzci, F., İlgün, A. S., Fındıklı, E., & Özmen, V. (2016). Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer. *Journal of Breast Health, 12*(3), 94-101. https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.3041

Jare, N. S., & Malawade, M. (2021). Effect of graded theraband exercise on myofascial dysfunctions in breast cancer survivors. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 15*(1), 634-639. https://medicopublication.com/index.php/ijfmt/article/view/13485/12381

Juvet, L. K., Thune, I., Elvsaas, I. K., Fors, E. A., Lundgren, S., Bertheussen, G., Leivseth, G., & Oldervoll, L. M. (2017). The effect of exercise on fatigue and physical functioning in breast cancer patients during and after treatment and at 6 months follow-up: A meta-analysis. *The Breast, 33*, 166-177. https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.04.003

Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2016). A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC Women's Health, 16*(1), 1-14. https://doi.org/10.1186/s12905-016-0337-z

Keitel, M., Lamm, A., & Moadel-Robblee, A. (2017). Strengthening families facing breast cancer: Emerging trends and clinical recommendations. In G. L. Welch & A. W. Harrist (Eds.), *Family resilience and chronic illness: Interdisciplinary and translational perspectives* (pp. 153-177). Springer International Publishing.

Kim, M.-S., Kim, S. Y., Kim, J.-H., Park, B., & Choi, H. G. (2017). Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: A national cohort study. *PloS One, 12*(4), e0175395. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175395

Knobf, M. T. (2011). Clinical update: Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing, 27*(3), e1-e14. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2011.05.001

Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *Journal of Breast Health, 12*(4), 145-150. https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913

Lagendijk, M., van Egdom, L. S., van Veen, F. E., Vos, E. L., Mureau, M. A., van Leeuwen, N., Hazelzet, J. A., Lingsma, H. F., & Koppert, L. B. (2018). Patient-reported outcome measures may add value in breast cancer surgery. *Annals of Surgical Oncology, 25*(12), 3563-3571. https://doi.org/10.1245/s10434-018-6729-6

Lang, A. E., Kim, S. Y., Dickerson, C. R., & Milosavljevic, S. (2020). Measurement of objective shoulder function following breast cancer surgery: A scoping review. *Physical Therapy Reviews, 25*(4), 253-268. https://doi.org/10.1080/10833196.2020.1851439

Lavdaniti, M. (2015). Quality of life in cancer patients: A nursing perspective. *Journal of Nursing & Care, 1*, 126-134. https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000e126

Lavdaniti, M., & Tsitsis, N. (2015). Definitions and conceptual models of quality of life in cancer patients. *Health Science Journal, 9*(26), 1-5. https://www.researchgate. net/publication/281728712_Definitions_and_conceptual_models_of_quality_of_life_in_cancer_patients

Lazaraviciute, G., & Chaturvedi, S. (2017). Mastectomy: A critical review. *Open Journal of Clinical Diagnostics, 7*(2), 58-66. https://www.scirp.org/pdf/OJCD_2017061914472620.pdf

Lee, C. H., Chung, S. Y., Kim, W. Y., & Yang, S. N. (2019). Effect of breast cancer surgery on chest tightness and upper limb dysfunction. *Medicine, 98*(19), e15524-e15524. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000015524

Lee, M., Kim, Y. H., & Jeon, M. J. (2015). Risk factors for negative impacts on sexual activity and function in younger breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, 24*(9), 1097-1103. https://doi.org/10.1002/pon.3772

Leonel, A. C., Barbosa, M. S., & Machado, C. K. (2021). *A atuação da fisioterapia no tratamento do câncer de mama e as principais complicações no pós-operatório*. https://fisiosale.com.br/assets/a-atua%C3%A7%C3%A3o-da-fisioterapia-no-trata mento-do-c%C3%A2ncer-de-mama-e-as-principais-complica%C3%A7%C3% B5es-no-p%C3%B3s-operat%C3%B3rio.pdf

Letellier, M.-E., & Mayo, N. (2017). Assessment of breast cancer disability: Agreement between expert assessment and patient reports. *Disability and Rehabilitation, 39*(8), 798-808. https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1161846

Ligt, K. M., Heins, M., Verloop, J., Ezendam, N. P., Smorenburg, C. H., Korevaar, J. C., & Siesling, S. (2019). The impact of health symptoms on health-related quality of life in early-stage breast cancer survivors. *Breast Cancer Research and Treatment, 178*(3), 703-711. https://doi.org/10.1007/s10549-019-05433-3

Lima, M. L., Souza, J. B., Oliveira, M. L., Ribeiro, K. R., & Fagundes, T. G. (2017). O cuidado emocional da mulher portadora de câncer: Implicações na prática assistencial. *Enfermagem Brasil, 16*(5), 320-327. https://portalatlanticaeditora.com.br/index. php/enfermagembrasil/article/view/1021/2793

Lino, V. T., Pereira, S. R., Camacho, L. A., Ribeiro Filho, S. T., & Buksman, S. (2008). [Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index)]. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(1), 103-112. https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100010

Lipsett, A., Barrett, S., Haruna, F., Mustian, K., & O'Donovan, A. (2017). The impact of exercise during adjuvant radiotherapy for breast cancer on fatigue and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Breast, 32*, 144-155. https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.02.002

Liu, L., Wu, Y., Cong, W., Hu, M., Li, X., & Zhou, C. (2021). Experience of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A systematic review of qualitative research. *Quality of Life Research, 30*(5):1249-1265. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02754-5

Llewellyn, A., Howard, C., & McCabe, C. (2019). An exploration of the experiences of women treated with radiotherapy for breast cancer: Learning from recent and historical cohorts to identify enduring needs. *European Journal of Oncology Nursing, 39*, 47-54. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.01.002

Lourenço, A., Dantas, A. A., Araújo, D. N., & Dantas, D. S. (2020). Prevalência da deficiência e associações clínicas em mulheres sobreviventes ao câncer de mama: Um estudo-piloto. *Revista Brasileira de Cancerologia, 66*(2), 1-9. https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66n2.843

Lovelace, D. L., McDaniel, L. R., & Golden, D. (2019). Long-term effects of breast cancer surgery, treatment, and survivor care. *Journal of Midwifery & Women's Health, 64*(6), 713-724. https://doi.org/10.1111/jmwh.13012

Mairink, A. P., Gradim, C. V., Prado, M. A., & Panobianco, M. S. (2020). Vivência de mulheres jovens diante da neoplasia mamária. *Revista Brasileira de Cancerologia, 66*(4), 1-10. https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1059/741

Manorov, M., Soares, R. B., Urio, A., Souza, J. B., & Celich, K. L. (2019). Após a mastectomia, o que esperar da vida pessoal, familiar e profissional? *Enfermagem Brasil, 18*(3), 321-323. https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1381/pdf

Matthews, H., Grunfeld, E. A., & Turner, A. (2017). The efficacy of interventions to improve psychosocial outcomes following surgical treatment for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology, 26*(5), 593-607. https://doi.org/10.1002/pon.4199

Mattias, S. R., Lima, N. M., Santos, I. D., Pinto, K. R., Bernardy, C. C., & Sodré, T. M. (2018). Câncer de mama: Sentimentos e percepções das mulheres diante do diagnóstico. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online, 10*(2), 385-390. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.385-390

McGhee, D., & Steele, J. (2021). Physical rehabilitation: A gap in care following all types of breast cancer surgery. *Research Square*, 1-19. https://assets.researchsquare.com/files/rs-220536/v1/fc24b8a6-3aa9-4ea7-81bb-b8deae3311ba.pdf?c=1631874230

McGuire, K. P., Santillan, A. A., Kaur, P., Meade, T., Parbhoo, J., Mathias, M., Shamehdi, C., Davis, M., Ramos, D., & Cox, C. E. (2009). Are mastectomies on the rise? A 13-year trend analysis of the selection of mastectomy versus breast conservation therapy in 5865 patients. *Annual of Surgical Oncology, 16*(10), 2682-2690. https://doi.org/10.1245/s10434-009-0635-x

Melnyk, H., Djukic, M., Merriman, J., & Dickson, V. V. (2020). An integrative review: Women's psychosocial vulnerability in relation to paid work after a breast cancer diagnosis. *Journal of Advanced Nursing, 77*(5), 2144-2154. https://doi.org/10.1111/jan.14730

Mendes, L., & Pedro, S. (2020). Nursing interventions in woman with breast cancer Her2 like supported by Orem's theory. From adjuvant to palliative treatment. Study case. *International Journal of Scientific and Research Publications, 10*(9), http://www.ijsrp.org/research-paper-0920/ijsrp-p10530.pdf

Meneses, A. M., Torres, A. G., Sousa, K. H., Oliveira, I., & Almeida, C. A. (2020). Caracterização de mulheres com cancro da mama atendidas em uma unidade hospitalar. *Revista Brasileira de Saúde Global, 1*(1), 47-51. https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/31584

Meneses-Echávez, J. F., González-Jiménez, E., & Ramírez-Vélez, R. (2015). Effects of supervised exercise on cancer-related fatigue in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer, 15*(1), 1-13. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4364505/

Menon, A. S., & O'Mahony, M. (2019). Women's body image following mastectomy: Snap shots of their daily lives. *Applied Nursing Research, 47*, 4-9. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.03.002

Merêncio, K. M., & Ventura, M. C. (2020). Vivências da mulher mastectomizada: A enfermagem de reabilitação na promoção da autonomia. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19082-e19082. https://doi.org/10.12707/RIV19082

Miaja, M., Platas, A., & Martinez-Cannon, B. A. (2017). Psychological impact of alterations in sexuality, fertility, and body image in young breast cancer patients and their partners. *Revista de Investigacion Clinica, 69*(4), 204-209. https://doi.org/10.24875/ric.17002279

Michels, F. A., Latorre, M. R., & Maciel, M. S. (2013). Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 16*(2), 352-363. https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200011

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da saúde, Portugal*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Miranda, A. C., Mayer-da-Silva, A., Glória, L., Brito, C. (2021). *Registo oncológico nacional de todos os tumores na população residente em Portugal, em 2018*. Registo Oncológico Nacional. https://ron.min-saude.pt/media/2196/2021-0518_publica%C3%A7%C3%A3o-ron_2018.pdf

Mokhatri-Hesari, P., & Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: Review of reviews from 2008 to 2018. *Health and Quality of Life Outcomes, 18*(1), 338. https://doi.org/10.1186/s12955-020-01591-x

Möller, U. O., Beck, I., Rydén, L., & Malmström, M. (2019). A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment: A systematic review of systematic reviews. *BMC Cancer, 19*(1), 1-20. https://doi.org/10.1186/s12885-019-5648-7

Monteiro, C. R., & Paiva, A. R. (2018). Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas. *Revista de Investigação Biomédica, 10*(1), 30-37. http://www.ceuma.br/portalderevistas/index. php/RIB/article/view/171

Muller, E. T., Pereira, A. D., Zamberlan, C., & Ferreira, C. L. (2018). Contribuição da enfermagem na reabilitação da mulher com câncer de mama: Revisão narrativa. D*isciplinarum Scientia, 19*(2), 255-265. https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2510

Naik, H., Leung, B., Laskin, J., McDonald, M., Srikanthan, A., Wu, J., Bates, A., & Ho, C. (2020). Emotional distress and psychosocial needs in patients with breast cancer in British Columbia: Younger versus older adults. *Breast Cancer Research and Treatment, 179*(2), 471-477. https://doi.org/10.1007/s10549-019-05468-6

Nascimento, C. B., & Oliveira, A. L. (2020). A metodologia ativa de instrução pelos colegas associada à videoanálise de experimentos de cinemática como introdução ao ensino de funções. *Revista Brasileira de Ensino de Física, 42*, e20190162-1–e20190162-14. https://www.scielo.br/j/rbef/a/xsRLncXnJ3c9V9VqXYQfc3z/?lang= pt

Neo, J., Fettes, L., Gao, W., Higginson, I. J., & Maddocks, M. (2017). Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treatment Reviews, 61*, 94-106. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2017.10.006

Ng, Z. X., Ong, M. S., Jegadeesan, T., Deng, S., & Yap, C. T. (2017). Breast cancer: Exploring the facts and holistic needs during and beyond treatment. *Healthcare (Basel), 5*(2), 26. https://doi.org/10.3390/healthcare5020026

Nickel, K. B., Wallace, A. E., Warren, D. K., Ball, K. E., Mines, D., Fraser, V. J., & Olsen, M. A. (2016). Modification of claims-based measures improves identification of comorbidities in non-elderly women undergoing mastectomy for breast cancer: A retrospective cohort study. *BMC Health Services Research, 16*(1), 1-12. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1636-7

Norwood, S. L. (2000). *Research strategies for advanced practice nurses*. Prentice Hall.

O'Toole, J. A., Ferguson, C. M., Swaroop, M. N., Horick, N., Skolny, M. N., Brunelle, C. L., Miller, C. L., Jammallo, L. S., Specht, M. C., & Taghian, A. G. (2015). The impact of breast cancer-related lymphedema on the ability to perform upper extremity activities of daily living. *Breast Cancer Research and Treatment, 150*(2), 381-388. https://doi.org/10.1007/s10549-015-3325-3

Observatório de Saúde Global. (2019). *Estimativas globais de saúde: Principais causas de morte*. https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death

Odynets, T., Briskin, Y., & Todorova, V. (2019). Effects of different exercise interventions on quality of life in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Integrative Cancer Therapies, 18*, 1534735419880598. https://doi.org/10.1177/1534735419880598

Oliveira, N. D., Guedes, T. S., Holanda, A. M., Reis, M. A., Silva, C. P., Silva, B. L., Almeida, G. C., & Souza, D. L. (2017). Functional disability in women submitted to breast cancer treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP, 18*(5), 1207-1214. https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.5.1207

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice*. Mosby.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019*. https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e

Ostwal, S., Datta, A., Chaudhuri, P., Dam, D., & Sharma, R. (2019). The psychological impact of breast cancer on the every day's life through the eyes of survivors. *Journal of Psychology & Psychotherapy, 9*(01). https://doi.org/10.35248/2161-0487.19.9.354

Pais-Ribeiro, J., Pinto, C., & Santos, C. (2008). Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V. 3. *Psicologia, Saúde e Doenças, 9*(1), 89-102. https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1077

Paolucci, T., Bernetti, A., Paoloni, M., Capobianco, S. V., Bai, A. V., Lai, C., Pierro, L., Rotundi, M., Damiani, C., Santilli, V., Agostini, F., & Mangone, M. (2019). Therapeutic alliance in a single versus group rehabilitative setting after breast cancer surgery: Psychological profile and performance rehabilitation. *Biores Open Access, 8*(1), 101-110. https://doi.org/10.1089/biores.2019.0011

Paolucci, T., Capobianco, S. V., Bai, A. V., Bonifacino, A., Agostini, F., Bernetti, A., Paoloni, M., Cruciani, A., Santilli, V., Padua, L., & Mangone, M. (2020). The reaching movement in breast cancer survivors: Attention to the principles of rehabilitation. *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 24*(4), 102-108. https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2020.06.039

Paulo, T. R., Rossi, F. E., Viezel, J., Tosello, G. T., Seidinger, S. C., Simões, R. R., Freitas, R., & Freitas, I. F. (2019). The impact of an exercise program on quality of life in older breast cancer survivors undergoing aromatase inhibitor therapy: A randomized controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes, 17*(1), 17. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1090-4

Peart, O. (2015). Breast intervention and breast cancer treatment options. *Radiologic Technology,86*(5),535M-558M. http://www.radiologictechnology.org/content/86/5/535M.abstract

Peerawong, T., Phenwan, T., Mahattanobon, S., Tulathamkij, K., & Pattanasattayavong, U. (2019). Body image transformation after breast cancer diagnosis and treatment in southern Thai women. *SAGE Open Medicine, 7*, 1-6. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10. 1177/2050312119829985

Peerawong, T., Phenwan, T., Supanitwatthana, S., Mahattanobon, S., & Kongkamol, C. (2016). Breast conserving therapy and quality of life in thai females: A mixed methods study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17*(6), 2917-2921. http://journal.waocp.org/article_16350_a3362244679f913812d9ee487b73fdb1.pdf

Perez, C. S., Neves, L. M., Vacari, A. L., Fonseca, M. C., Guirro, R. R., & Guirro, E. C. (2018). Reduction in handgrip strength and electromyographic activity in women with breast cancer. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation, 31*(3), 447-452. https://doi.org/10.3233/BMR-170848

Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo.

Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem: Da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Formasau.

Pignol, J.-P., Vu, T. T., Mitera, G., Bosnic, S., Verkooijen, H. M., & Truong, P. (2015). Prospective evaluation of severe skin toxicity and pain during postmastectomy radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 91*(1), 157-164. https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2014.09.022

Pilger, T. L., Francisco, D. F., & Reis, F. J. (2021). Effect of sentinel lymph node biopsy on upper limb function in women with early breast cancer: A systematic review of clinical trials. *European Journal of Surgical Oncology, 47*(7), 1497-1506. https://doi.org/10.1016/j.ejso.2021.01.024

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3a ed.). Artes Médicas.

Prates, A. C., Freitas-Junior, R., Prates, M. F., Veloso, M. F., & Barros, N. M. (2017). Influence of body image in women undergoing treatment for breast cancer. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 39*(4), 175-183. https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0037-1601453.pdf

Proetti, S. (2018). As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: Um estudo comparativo e objetivo. *Revista Lumen, 2*(4), 1-23. http://www.periodicos.unifai.edu.br/index.php/lumen/article/view/60

Pukancsik, D., Kelemen, P., Újhelyi, M., Kovács, E., Udvarhelyi, N., Mészáros, N., Kenessey, I., Kovács, T., Kásler, M., & Mátrai, Z. (2017). Objective decision making between conventional and oncoplastic breast-conserving surgery or mastectomy: An aesthetic and functional prospective cohort study. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO), 43*(2), 303-310. https://doi.org/10.1016/j.ejso.2016.11.010

Purc-Stephenson, R., & Lyseng, A. (2016). How are the kids holding up? A systematic review and meta-analysis on the psychosocial impact of maternal breast cancer on children. *Cancer Treatment Reviews, 49*, 45-56. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2016.07.005

Puszczalowska-Lizis, E., Flak, K., Biskup, M., & Zak, M. (2020). Physical activity of women after radical unilateral mastectomy and its impact on overall quality of life. *Cancer Control, 27*(1), https://doi.org/1073274819900407

Quinten, C., Coens, C., Ghislain, I., Zikos, E., Sprangers, M. A., Ringash, J., Martinelli, F., Ediebah, D. E., Maringwa, J., Reeve, B. B., Greimel, E., King, M. T., Bjordal, K., Flechtner, H.-H., Schmucker-Von Koch, J., Taphoorn, M. J., Weis, J., Wildiers, H., … & Bottomley, A. (2015). The effects of age on health-related quality of life in cancer populations: A pooled analysis of randomized controlled trials using the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30 involving 6024 cancer patients. *European Journal of Cancer, 51*(18), 2808-2819. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2015.08.027

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2a ed.). Gradiva.

Raggio, G. A., Butryn, M. L., Arigo, D., Mikorski, R., & Palmer, S. C. (2014). Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health, 29*(6), 632-650. https://doi.org/10.1080/08870446.2013.879136

Raphael, D. B., Russell, N. S., Immink, J. M., Westhoff, P. G., Kroese, M. C., Stam, M. R., van Maurik, L. M., van den Bongard, H. J., Maduro, J. M., Sattler, M. G., van der Weijden, T., & Boersma, L. J. (2020). Risk communication in a patient decision aid for radiotherapy in breast cancer: How to deal with uncertainty? *The Breast, 51*, 105-113. https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.04.001

Rebelo, V., Rolim, L., Carqueija, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 13-32. https://repositorio.ispa.pt/handle/10400. 12/1127?locale=en

Registo Oncológico Nacional. (2021). *Breast cancer is the most common cancer in women and represents about 30% of all cases of cancer in women*. https://ron.min-saude.pt/en/tumor/top5/breast/epidemiology/. https://ron.min-saude.pt/en/tumor/top5/breast/epidemiology/

Reigle, B. S., Campbell, G., & Murphy, K. (2017). *Cancer rehabilitation and the role of the rehabilitation nurse.* Association of Rehabilitation Nurses.

Riaz, S., Soomro, S., Manzoor, S., Kumar, D., & Mohammad, D. (2015). Assessment of disability of arm, shoulder and hand using DASH scoring system after axillary dissection for breast cancer. *Pakistan Journal of Surgery, 31*(2), 111-114. http://www.pjs.com.pk/journal_pdfs/apr-jun15/111.pdf

Ribeiro, I. L., Moreira, R. F., Ferrari, A. V., Alburquerque-Sendín, F., Camargo, P. R., & Salvini, T. F. (2019). Effectiveness of early rehabilitation on range of motion, muscle strength and arm function after breast cancer surgery: A systematic review of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation, 33*(12), 1876-1886. https://doi.org/10.1177/0269215519873026

Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2a ed.). Climepsi Editores.

Ribeiro, O., Trindade, L. L., Silva, J. M., & Faria, A. C. (2021). Prática profissional no contexto hospitalar: Visão de enfermeiros sobre contribuições das concepções de Dorothea Orem. *Revista de Enfermagem da UFSM, 11*(e28), 1-20. https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/54723/pdf

Rodrigues, T., & Gomes, B. (2017a). *Mulheres submetidas a cirurgia da mama, intervenção de enfermagem de reabilitação: Uma revisão da literatura* [Poster]. https://www.aper.pt/Ficheiros/Cong%20APER%20 2017/Posteres%20Nacionais/Mulheres%20submetidas%20a%20cirurgia%20da%20mama,%20 interven%C3%A7%C3%A3o%20de%20enfermagem%20de%20reabilita%C3%A7%C3%A3o%20-%20 Uma%20revis%C3%A3o%20da%20literatura%20.pdf

Rodrigues, T., & Gomes, B. (2017b). Mulheres submetidas a cirurgia da mama, intervenção do enfermeiro de reabilitação. [Comunicação livre]. In NursID *Congresso Internacional de Investigação, Inovação & Desenvolvimento em Enfermagem: Livro de resumos* (pp. 38-39). Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/nursidresumos_0.3.pdf

Roy, J. S., MacDermid, J. C., & Woodhouse, L. J. (2009). Measuring shoulder function: A systematic review of four questionnaires. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology, 61*(5), 623-632. https://doi.org/10.1002/art.24396

Saha, A., & Alleyne, G. (2018). Recognizing noncommunicable diseases as a global health security threat. *Bulletin of the World Health Organization, 96*(11), 792-793. https://doi.org/10.2471/blt.17.205732

Salakari, M., Pylkkänen, L., Sillanmäki, L., Nurminen, R., Rautava, P., Koskenvuo, M., & Suominen, S. (2017). Social support and breast cancer: A comparatory study of breast cancer survivors, women with mental depression, women with hypertension and healthy female controls. *Breast, 35*, 85-90. https://doi.org/10.1016/j.breast.2017.06.017

Sandes, C. A., & Montanha, D. (2020). O cotidiano da mulher jovem com câncer de mama. *UNILUS Ensino e Pesquisa, 17*(48), 222-233. http://revista.unilus.edu.br/index. php/ruep/article/view/1317

Santos, J., & Gonçalves, R. S. (2006). Adaptação e validação cultural da versão portuguesa do Disabilities of the Arm Shoulder and Hand-DASH. *Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, 14*(3), 29-44. http://rimas.uc.pt/instrumentos/13/

Santos, S. F. (2013). *Contributo de um programa de enfermagem de reabilitação na transição da mulher mastectomizada*. Dissertaçãode mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9404?locale=en

Sardar, P., Kundu, A., Chatterjee, S., Nohria, A., Nairooz, R., Bangalore, S., Mukherjee, D., Aronow, W. S., & Lavie, C. J. (2017). Long-term cardiovascular mortality after radiotherapy for breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Cardiology, 40*(2), 73-81. https://doi.org/10.1002/clc.22631

Schmidt, M. E., Wiskemann, J., & Steindorf, K. (2018). Quality of life, problems, and needs of disease-free breast cancer survivors 5 years after diagnosis. *Quality of Life Research, 27*(8), 2077-2086. https://doi.org/10.1007/s11136-018-1866-8

Serel, S., Tuzlalı, Z. Y., Akkaya, Z., Uzun, Ç., Kaya, B., & Bayar, S. (2017). Physical effects of unilateral mastectomy on spine deformity. *Clinical Breast Cancer, 17*(1), 29-33. https://doi.org/10.1016/j.clbc.2016.10.004

Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Doenças não transmissíveis*. https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/09/19/doencas-nao-transmissiveis/

Shafaie, F. S., Mirghafourvand, M., & Amirzehni, J. (2019). Predictors of quality of life in patients with breast cancer. *Indian Journal of Palliative Care, 25*(1), 73-78. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_119_18

Sharma, N., & Purkayastha, A. (2017). Factors affecting quality of life in breast cancer patients: A descriptive and cross-sectional study with review of literature. *Journal of Mid-Life Health, 8*(2), 75-83. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_15_17

Sibeoni, J., Picard, C., Orri, M., Labey, M., Bousquet, G., Verneuil, L., & Revah-Levy, A. (2018). Patients' quality of life during active cancer treatment: A qualitative study. *BMC Cancer, 18*(1), 951. https://doi.org/10.1186/s12885-018-4868-6

Silva, G. F., Bastos, K. D., Araújo, A. J., Bispo, T. C., Oliveira, G. A., & Schulz, R. S. (2018). Mulheres submetidas à mastectomia: Aspectos sentimentais e emocionais. *Revista Enfermagem Contemporânea, 7*(1), 72-80. https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/ view/1213

Silva, M. L., Maraboli, T. C., Moreira, V. A., Rodrigues, C., & Gasparini, A. S. (2015). Intervenções fisioterapêuticas na pós-mastectomia. *Fisioterapia SER, 10*(3), 155-158. https://www.academia.edu/24789136/Efic%C3%A1cia_Da_Utiliza%C3%A7%C3%A3o_Da_Eletroacupuntura_Como_Analg%C3%A9sico_Da_Endometriose

Silva, N. R., Farias, D. C., Sousa, J. R., Bezerra, F. M., Ferreira, L. S., & de Carvalho, P. M. (2018). Teorias de enfermagem aplicadas no cuidado a pacientes oncológicos: Contribuição para prática clínica do enfermeiro. *Revista Uningá, 55*(2), 59-71. http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1385

Silva, R., Ferreira, L. M., & Pereira, F. M. (2018). Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da mulher ao cancro da mama. *Onco.News, 11*(36), 26-35. https://www.onco.news/intervencoes-de-enfermagem-promotoras-da-adaptacao-da-mulher-ao-cancro-da-mama/

Silva, S. H., Koetz, L. C., Sehnem, E., & Grave, M. T. (2014). Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. *Fisioterapia e Pesquisa, 21*, 180-185. https://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/83991/86836

Silver, J. K., Raj, V. S., Fu, J. B., Wisotzky, E. M., Smith, S. R., & Kirch, R. A. (2015). Cancer rehabilitation and palliative care: Critical components in the delivery of high-quality oncology services. *Supportive Care in Cancer, 23*(12), 3633-3643. https://doi.org/10.1007/s00520-015-2916-1

Singh, B., Spence, R. R., Steele, M. L., Sandler, C. X., Peake, J. M., & Hayes, S. C. (2018). A systematic review and meta-analysis of the safety, feasibility, and effect of exercise in women with stage II+ breast cancer. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 99*(12), 2621-2636. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.03.026

Słowik, A. J., Jabłoński, M. J., Michałowska-Kaczmarczyk, A. M., & Jach, R. (2017). Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery. *Psychiatria Polska, 51*(5), 871-888. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/63787

Sousa, H., Castro, S., Abreu, J., & Pereira, M. G. (2019). A systematic review of factors affecting quality of life after postmastectomy breast reconstruction in women with breast cancer. *Psychooncology, 28*(11), 2107- 2118. https://doi.org/10.1002/pon.5206

Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: Desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(3), 502-507. https://www.scielo.br/j/rlae/a/7zMf8XypC67vGPrXVrVFGdx/ abstract/?lang=pt

Spahn, G., Choi, K.-E., Kennemann, C., Lüdtke, R., Franken, U., Langhorst, J., Paul, A., & Dobos, G. J. (2013). Can a multimodal mind-body program enhance the treatment effects of physical activity in breast cancer survivors with chronic tumor-associated fatigue? A randomized controlled trial. *Integrative Cancer Therapies, 12*(4), 291-300. https://doi.org/10.1177/1534735413492727

Sprangers, M., Groenvold, M., Arraras, J. I., Franklin, J., Velde, A., Muller, M., Franzini, L., Williams, A., Haes, H. C., Hopwood, P., Cull, A., & Aaronson, N. K. (1996). The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: First results from a three-country field study. *Journal of Clinical Oncology, 14*(10), 2756-2768. https://doi.org/10.1200/JCO.1996.14.10.2756

Stout, N. L., Harrington, S., Pfalzer, L., & Fisher, M. I. (2015). Breast cancer rehabilitation: Clinical examination and outcomes assessment. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 31*(4), 258-272. https://doi.org/10.1097/TGR.0000000000000082

Stout, N. L., Silver, J. K., Raj, V. S., Rowland, J., Gerber, L., Cheville, A., Ness, K. K., Radomski, M., Nitkin, R., Stubblefield, M. D., Morris, G. S., Acevedo, A., Brandon, Z., Braveman, B., Cunningham, S., Gilchrist, L., Jones, L., Padgett, L., Wolf, T., … Chan, L. (2016). Toward a national initiative in cancer rehabilitation: Recommendations From a subject Matter Expert Group. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 97*(11), 2006-2015. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.05.002

Stubblefield, M. D. (2017). The underutilization of rehabilitation to treat physical impairments in breast cancer survivors. *PM&R: Journal of Injury, Function, and Rehabilitation, 9*(9, Supplement 2), S317-S323. https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2017.05.010

Suwankhong, D., & Liamputtong, P. (2016). Breast cancer treatment: Experiences of changes and social stigma among Thai women in southern Thailand. *Cancer Nursing, 39*(3), 213-220. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000255

Tarkowska, M., Głowacka-Mrotek, I., Nowikiewicz, T., Goch, A., & Zegarski, W. (2021). Quality of life in women subjected to surgical treatment of breast cancer depending on the procedure performed within the breast and axillary fossa: A single-center, one year prospective analysis. *Journal of Clinical Medicine, 10*(7), 1339. https://doi.org/10.3390/jcm10071339

Teodózio, C. G., Marchito, L. O., Fabro, E. A., Macedo, F. O., Aguiar, S. S., Thuler, L. C., & Bergmann, A. (2020). Shoulder amplitude movement does not influence postoperative wound complications after breast cancer surgery: A randomized clinical trial. *Breast Cancer Research and Treatment, 184*(1), 97-105. https://doi.org/10.1007/s10549-020-05826-9

The Global Cancer Observatory. (2020). *Portugal, source: Globocan 2020*. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf. from World Health Organization, https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf

Traore, B., Diarra, A. M., & Keita, M. (2020). Complications of breast cancer surgery at Conakry oncological surgery unit. *Pan African Medical Journal, 37*, 327. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.327.21427

Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. Fundação Calouste Gulbenkian.

Urio, Â., Souza, J. B., Manorov, M., & Soares, R. B. (2019). The diagnosis way towards rehabilitation: Feelings and support network of women experiencing cancer and mastectomy. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 11*(4), 1031-1037. http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6862/pdf

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2014). Women's sexuality after cancer: A qualitative analysis of sexual changes and renegotiation. *Women & Therapy, 37*(3-4), 205-221. : https://doi.org/10.1080/02703149.2014.897547

van Vulpen, J. K., Peeters, P. H., Velthuis, M. J., van der Wall, E., & May, A. M. (2016). Effects of physical exercise during adjuvant breast cancer treatment on physical and psychosocial dimensions of cancer-related fatigue: A meta-analysis. *Maturitas, 85*, 104-111. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.12.007

Venâncio, A. P., & Gardenghi, G. (2019). *Atuação da fisioterapia e seus benefícios no pós operatórios de mastectomia.* https://ceafi.edu.br/site/wp-content/uploads/2019/05/atuacao-da-fisioterapia-e-seus-beneficios-no-pos-operatorios-de-mastectomia-1.pdf

Vicente Pardo, J. M., & López-Guillén García, A. (2017). Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama. *Medicina y Seguridad del Trabajo, 63*(248), 245-259. https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n248/0465-546X-mesetra-63-248-00245.pdf

Viegas, C. S., Martins, J. S., Barosa, S. L., Jorge, S. I., & Pedrosa, V. C. (2020). *Avaliação e intervenção em défices de desempenho ocupacional em mulheres com cancro da mama*. Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/4826

Vieira, A. A., Garcia, B., Sarilho, D., da Silva, G. G., Brocco, S. M., Gonçalves, A. C., & Vasconcelos, E. C. (2020). Qualidade de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama: Estudo transversal. *Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação, 1*(1), 35-55. https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/32/20

Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2a ed.). Edições Sílabo.

Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M. T., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25,* e2958. https://www.ncbi.nlm.nih. gov/pmc/articles/PMC5738954/pdf/0104-1169-rlae-25-e2958.pdf

Vinnyk, Y., Vlasenko, V., & Baranova, A. (2020). Early complications after radical operations in breast cancer patients. *EUREKA: Health Sciences, 1*, 3-9. https://doi.org/10.21303/2504-5679.2020.001119

Wang, Q.-X., Bai, Y., Lu, G.-F., & Zhang, C.-Y. (2017). Perceived health-related stigma among patients with breast cancer. *Chinese Nursing Research, 4*(4), 158-161. https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.10.002

Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403-1409. https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k

Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2016). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: Qualitative study. *Health Expect, 19*(3), 631-642. https://doi.org/10.1111/hex.12372

Wills, E. (2016). Grandes teorias da enfermagem baseadas nas necessidades humanas. In M. McEwen & E. M. Wills (Orgs.), *Bases teóricas de enfermagem* (4a ed., pp. 133-161). Artmed.

Wilson, D. J. (2017). Exercise for the patient after breast cancer surgery. *Seminars in Oncology Nursing, 33*(1), 98-105. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2016.11.010

World Health Organization. (2014). *Noncommunicable diseases country profiles-Portugal*. Retrieved. https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/ncd-background-information/noncommunicable-diseases-country-profiles-2014/ncd-country-profile-2014-portugal

World Health Organization. (2016). *Chronic diseases and health promotion*. https://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/#

World Health Organization. (2018a). *Non comunicable diseases.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

World Health Organization. (2018b). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512

World Health Organization. (2020a). *2020-visual-summary*. https://www.who.int/data/gho/whs-2020-visual-summary

World Health Organization. (2020b). *Doenças não comunicáveis*. https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_3

World Health Organization. (2020c). *Prevenir e tratar DNTs e problemas de saúde mental*. https://www.who.int/news-room/spotlight/10-global-health-issues-to-track-in-2021

World Health Organization. (2021). *Breast cancer*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

Wu, T. Y., Chang, T. W., Chang, S. M., Lin, Y. Y., Wang, J. D., & Kuo, Y. L. (2019). Dynamic changes of body image and quality of life in breast cancer patients. *Cancer Management and Research, 11*, 10563-10571. https://doi.org/10.2147/cmar.S223314

Yfantis, A., Intas, G., Tolia, M., Nikolaou, M., Tsoukalas, N., Lymperi, M., Kyrgias, G., Zografos, G., & Kontos, M. (2018). Health-related quality of life of young women with breast cancer. Review of the literature. *Journal of BUON, 23*(1), 1-6. https://www.jbuon.com/archive/23-1-1.pdf

Zabit, F., & Iyigun, G. (2019). A comparison of physical characteristics, functions and quality of life between breast cancer survivor women who had a mastectomy and healthy women. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation, 32*, 937-945. https://doi.org/10.3233/BMR-181362

Zeng, Y., Huang, M., Cheng, A. S., Zhou, Y., & So, W. K. (2014). Meta-analysis of the effects of exercise intervention on quality of life in breast cancer survivors. *Breast Cancer, 21*(3), 262-274. https://doi.org/oi:10.1007/s12282-014-0521-7

Zhang, Q., Xiao, S., Yan, L., Sun, L., Wang, Y., & Huang, M. (2019). Psychosocial predictors of adjustment to disability among patients with breast cancer: A cross-sectional descriptive study. *Journal of Nursing Research, 27*(2), e15. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000283

Zhou, K., Wang, W., An, J., Li, M., Li, J., & Li, X. (2019). Effects of progressive upper limb exercises and muscle relaxation training on upper limb function and health-related quality of life following surgery in women with breast cancer: A clinical randomized controlled trial. *Annual of Surgery Oncology, 26(*7), 2156-2165. https://doi.org/10.1245/s10434-019-07305-y

Zomkowski, K., Souza, B. C., Silva, F. P., Moreira, G. M., Cunha, N. S., & Sperandio, F. F. (2018). Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors: A systematic review. *Disability and Rehabilitation, 40*(13), 1485-1493. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300950

TÂNIA MARISA PINTO RODRIGUES

É Professora Adjunta na área Científica de Enfermagem desde 2021 e doutorada em Ciências de Enfermagem desde 2022 pela Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. É Enfermeira desde 2005 e enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação desde 2011. Para além disso, é investigadora integrada do Centro de Investigação RISE-Health. Os seus interesses de investigação estão focados na problemática do cancro da mama, reabilitação, capacitação e empoderamento de mulheres com cirurgia da mama. Publicou diversos artigos em revistas especializadas, capítulos de livros e organizou eventos na área técnico científica de enfermagem, continuando a investigar a área da mulher com cancro da mama.

Mulheres com cancro da mama:

Da problemática à qualidade de vida além do cancro e o papel crucial da enfermagem de reabilitação

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora

Ano 2025

Mulheres com cancro da mama:

Da problemática à qualidade de vida além do cancro e o papel crucial da enfermagem de reabilitação

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2025